



La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité

Amandine Filou

► **To cite this version:**

Amandine Filou. La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00620311

HAL Id: dumas-00620311

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620311>

Submitted on 7 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 07 avril 2011

Par

Amandine FILOU

Née le 11 aout 1987

**La maternité à l'adolescence : une prise en
charge spécifique ?**

Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité.

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
PHARISIEN Isabelle

Sage-femme, Jean Verdier

JURY :
M. le Pr CABROL
Mme PRUDHOMME
M. le Dr BOUNAN
Mme LEBOT
Mme NGUYEN

Directeur technique de l'ESF de Baudelocque
Représentante de la directrice de l'ESF de Baudelocque.
Gynécologue obstétricien, maternité Port Royal
Sage-femme, maternité Port Royal
Sage-femme guide de l'ESF de Baudelocque

Mémoire N°: 2011PA05MA17

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, à Madame Isabelle PHARISIEN pour avoir accepté de diriger ce mémoire mais aussi l'aide précieuse et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je tiens aussi à remercier Madame Françoise NGUYEN pour tous ses conseils et ses suggestions pertinentes.

Je remercie Monsieur CABROL ainsi que toute l'équipe pédagogique pour les enseignements qu'ils ont su nous apporter au cours de ces quatre années d'études au sein de l'école de sage-femme Baudelocque.

J'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis qui m'ont soutenue au cours de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie enfin toute ma promotion sans qui ces quatre années d'études n'auraient pas été les mêmes et tout particulièrement Caroline, Céline, Julia, Lucie, Marion, Mélina, Myrtille, Sandrine et Sophie avec lesquelles j'ai passé des moments inoubliables.

« Elle avait cette grâce fugitive de l'allure qui marque la plus délicate des transitions, l'adolescence, les deux crépuscules mêlés, le commencement d'une femme dans la fin d'un enfant. »

Les travailleurs de la mer (1866)

Victor Hugo

Table des matières

Liste des tableaux et figures.....	8
Liste des annexes	10
Liste des abréviations	10
Introduction.....	12
1. A la découverte des mères adolescentes.....	14
1.1. Donnons une définition de l'adolescence	14
1.2. L'adolescence et la grossesse dans l'histoire	14
1.2.1. De l'antiquité à nos jours	14
1.2.2. La place des rites initiatiques.....	15
1.3. L'entrée dans l'adolescence	16
1.3.1. Les transformations physiques et sexuelles de la puberté.....	16
1.3.2. Les transformations cognitives.....	17
1.3.3. Les transformations psychologiques et sociales.....	17
1.3.4. Une période de transformations à risques	18
1.4. Etat des lieux en France : les adolescentes face à la grossesse	20
1.4.1. La sexualité chez l'adolescente	20
1.4.2. Evolution de l'âge de la première grossesse	20
1.4.3. Les politiques de santé en matière de sexualité chez les adolescentes.....	21
1.4.4. Prévention des grossesses non désirées en France	22
1.5. La maternité des adolescentes	22
1.5.1. Le taux et la proportion de grossesse chez l'adolescente	22
1.5.2. Différents profils chez les adolescentes enceintes	23
1.5.3. Les problèmes posés par la survenue d'une maternité précoce	25
1.5.4. Conclusions du rapport effectué par le Pr M.UZAN	26
2. Etude concernant les adolescentes menant leur grossesse à terme.	28
1.6. Méthodologie de l'étude	28
1.6.1. Problématique	28
2.1.1. Hypothèses	29
2.1.2. Objectifs	29
2.1.3. Matériel et méthode	30
2.1.4. Les outils.....	31
2.2. Présentation des résultats	32
2.2.1. Les critères généraux.....	32
2.2.2. Informations concernant le père	38
2.2.3. Les Antécédents des adolescentes	39
2.2.4. La surveillance prénatale	41

2.2.5.	Les complications de la grossesse	47
2.2.6.	L'accouchement des adolescentes	50
2.2.7.	Les caractéristiques du nouveau-né.....	53
2.2.8.	Les suites de couches	55
3.	Discussion des résultats.....	58
3.1.	<i>Discussion méthodologique</i>	58
3.2.	<i>Discussion des résultats de l'étude</i>	58
3.2.1.	Une stabilité des caractéristiques sociales, familiales et relatives à l'accouchement.	58
3.2.2.	L'évolution des antécédents gynécologiques et obstétricaux.	65
3.2.3.	L'évolution du suivi de la grossesse chez l'adolescente depuis 1998	67
3.2.4.	L'évolution des pathologies obstétricales et néonatales.	70
3.2.5.	L'accompagnement vers un meilleur avenir pour la mère et l'enfant.....	73
3.3.	<i>Propositions</i>	76
3.3.1.	Un outil de communication entre les différents professionnels de santé	76
3.3.2.	La place de la sage-femme au sein du suivi de la grossesse de l'adolescente. ...	76
3.3.3.	Quel avenir de l'adolescente après sa sortie de la maternité ?.....	77
3.3.4.	Proposition pour une prise en charge spécifique de l'adolescente menant une grossesse à terme.	77
	Conclusion	79
	Annexes	88
	Bibliographie	82

Liste des tableaux et figures

Figure 1 - Répartition des adolescentes selon leur âge.	32
Figure 2 - Répartition des adolescentes selon leur origine ethnique.	33
Figure 3 - Date d'arrivée en France des adolescentes d'origine étrangère.	33
Figure 4 - Répartition des adolescentes selon les origines ethniques majoritaires.	34
Figure 5 - Situation professionnelle des adolescentes.	35
Figure 6 - Comparaison de la situation familiale entre 1998 et 2010.	36
Figure 7 - Type de logement.	37
Figure 8 - Informations sur le père de 2007 à 2010.	38
Figure 9 - Les antécédents obstétricaux.	40
Figure 10 - Terme de la première consultation dans la maternité d'étude.	41
Figure 11 - Terme et lieu de la première consultation.	42
Figure 12 - Déclaration de grossesse.	43
Figure 13 - Répartition des adolescentes selon le nombre d'échographies réalisé.	43
Figure 14- Qualité du suivi de la grossesse.	46
Figure 15 - Interventions d'autres professionnels.	46
Figure 16 - Anémie avant et après l'accouchement.	48
Figure 17 - Hospitalisation pendant la grossesse.	48
Figure 18 - Types de pathologies rencontrées pendant la grossesse.	49
Figure 19 - Motif d'admission en salle de naissance.	50
Figure 20 - Mode d'accouchement des adolescentes.	51
Figure 21 - Etat du périnée après l'accouchement.	52
Figure 22 - Terme d'accouchement chez les adolescentes.	53
Figure 23 - Trophicité des nouveau-nés à la naissance.	54
Figure 24 - Transfert néonatal.	55
Figure 25 - Contraception prescrite dans le post partum.	56
Figure 26 - Type d'hébergement des adolescentes après l'accouchement.	56
Figure 27 - Triangle décisionnel de suivi spécialisé.	78
Tableau 1 - Répartition du nombre de type de couverture sociale.	35
Tableau 2 - Nombre d'échographies.	43
Tableau 3 - Suivi obstétrical de la grossesse des adolescentes à la maternité.	44
Tableau 4 - Caractéristiques du suivi.	45
Tableau 5 - Analgésie pendant le travail.	51

Tableau 6 - Présentation fœtale lors de l'accouchement	52
Tableau 7 - Poids de naissance des nouveau-nés.	53

Liste des annexes

Annexe I : Résumé des lois relatives à la contraception et à l'IVG (IGAS 2009).	89
Annexe II : Facteurs d'inclusions et tableau de recueil de données.....	91
Annexe III : Tableau comparatif entre 1998 et 2010	94
Annexe IV : Catégories d'IMC.....	97
Annexe V : HAS - Recommandations Professionnelles	98

Liste des abréviations

ASE : aide sociale à l'enfance

CMU : couverture médicale universelle

CMUC : couverture médicale universelle complémentaire

DIU : dispositif intra-utérin

HAS : haute autorité de santé

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INED : institut national des études démographiques

INSEE : institut national de la statistique des études économiques

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAP : menace d'accouchement prématuré

NR : non renseigné

OMS : organisation mondiale de la santé

°P : percentile

PMI : protection maternelle et infantile

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : semaines d'aménorrhée

VIH : virus de l'immunodéficience acquise

Introduction

La maternité à l'adolescence est un phénomène plutôt rare de nos jours. Elle représente 0,6% des naissances totales en France. La société a évolué et la maternité à l'adolescence est considérée comme non recommandable. L'adolescence est aujourd'hui une période importante à vivre avant de rentrer dans la vie adulte et ce d'autant plus que la scolarité a pris une place importante dans la société.

Les adolescentes qui mènent une grossesse à terme par choix ou par obligation sont suivies en maternité comme toute autre femme enceinte. La sage-femme est susceptible de rencontrer ces futures mères durant sa carrière et d'effectuer le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. En Angleterre, il existe un réseau de sages-femmes spécialistes de la grossesse chez l'adolescente ce qui n'est pas le cas en France. Durant notre formation, aucun enseignement n'est consacré au suivi de la grossesse chez cette population particulière que sont les adolescentes. L'émergence de ce travail a été facilitée par la rencontre avec une sage-femme qui avait déjà collaboré à une étude sur ce sujet. L'envie de réaliser un mémoire sur la maternité à l'adolescence avec le point de vue d'une sage-femme s'est alors imposé.

En France, peu d'étude y font référence en obstétrique. Un rapport a été effectué à la demande du Directeur Général de la Santé en 1998 pour trouver des pistes permettant la prévention des grossesses précoces. Ce rapport a aussi permis de faire des propositions sur la prise en charge adéquate de ces adolescentes enceintes menant ou non leur grossesse à terme. Nous pouvons nous poser la question de l'évolution de certaines caractéristiques propres à l'adolescente menant sa grossesse à terme. La prévention des grossesses non désirées et précoces a-t-elle eu un impact sur cette population ? Quel est l'attitude à adopter pour le suivi de ces grossesses ?

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'évolution des caractéristiques sociales et médicales propres aux adolescentes qui accouchent. Ceci dans le but de mettre en évidence l'impact des propositions faites en 1998.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur dossiers de 2007 à 2010 dans la maternité qui a permis la rédaction du rapport de 1998

Après avoir abordé les traits propres à l'adolescence, nous réfléchirons sur les éléments qui sont en lien avec une maternité précoce. Dans un second temps, nous analyserons les résultats de notre étude en les comparant à ceux de 1998.

Enfin, nous discuterons les résultats et proposerons la prise en charge qui nous semble la plus adaptée pour la prise en charge des grossesses menées à terme à l'adolescence.

1. A la découverte des mères adolescentes

1.1. Donnons une définition de l'adolescence

Du point de vue étymologique, adolescence vient du verbe latin « *adolescere* » qui signifie grandir vers [1, 2, 3]. Il s'agit donc d'un processus et non d'un état. Les termes « *adolescent* » et « *adulte* » ne sont que deux conjugaisons différentes du verbe « *adolescere* ». L'adolescent en est le participe présent soit « *adulescens* » (qui est en train de grandir), et l'adulte le participe passé soit « *adultus* » (qui a grandi) [3].

Le dictionnaire *le Petit Larousse illustré édition 2007* définit l'adolescence comme la « *période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite.* » Elle correspond à une période de changement identitaire intense en raison de toutes les transformations corporelles, psychologiques, cognitives, sexuelles et sociales.

L'adolescence comme nous la connaissons aujourd'hui est une construction sociale, elle n'a pas toujours existé. Elle est née d'une évolution au travers des âges et des époques [1].

1.2. L'adolescence et la grossesse dans l'histoire

1.2.1. De l'antiquité à nos jours

Tout commence dans la Rome antique où le terme *adulescens* voit le jour mais ne se réfère à aucune catégorie d'âge en particulier. Le plus souvent les jeunes hommes de 17 à 30 ans étaient nommés ainsi mais il ne s'agissait en aucun cas de pré-adultes ou de post-adolescents. Ils acquéraient leur citoyenneté à 17 ans et le droit de mariage dès la puberté. Les femmes, quant à elles, devenaient directement *uxor*, épouse, c'est-à-dire sans adolescence [3, 4].

Au moyen-âge, la puberté était plus tardive qu'aujourd'hui, mais la vie sexuelle et le mariage étaient relativement précoces et aboutissant à des maternités chez des femmes très jeunes [4, 5]. L'individu passait directement de l'enfance à la vie d'adulte et c'est la puberté qui signait la limite entre ces deux périodes.

Le phénomène de l'adolescence émerge progressivement à la Renaissance, pour permettre de différencier, parmi ceux qui veulent s'éduquer, les jeunes de 7 à 17 ans des adultes [2].

Ce n'est qu'au XIX^{ème} que l'adolescence moderne, telle qu'elle est connue aujourd'hui, apparaît en France. Le mot adolescence possède, à cette époque, une connotation péjorative car il désigne un nombre très restreint de jeunes collégiens bourgeois poursuivant leurs études et financièrement dépendants (novices un peu niais). Les jeunes filles des classes aisées et les jeunes des classes populaires continuent quant à eux de bénéficier d'une formation acquise au contact des adultes.

L'espace du collège sert de cadre d'analyse aux pédagogues et aux moralistes, qui élaborent une image continuellement négative de l'adolescent, ingrat, gauche, indécis, immoral et irresponsable [1, 3, 5]. Durant cette période, les grossesses aux âges jeunes, avant 20 ans, se heurtent à une très forte réprobation sociale conduisant les mères à cacher leur grossesse et naissance et bien souvent à abandonner leur nouveau-né [5]. C'est pour venir en aide à ces jeunes femmes sans emploi ni soutien familial que le sénateur Paul Strauss (1852-1942) crée des institutions et des asiles refuges qui annoncent la création des « *premières maisons maternelles* ».

L'adolescence deviendra un terme plus global, désignant toute une classe d'âge et utilisé aussi bien pour les garçons que pour les filles, avec la généralisation de la scolarisation au XX^{ème} siècle. Le développement de la psychologie de l'adolescence entraîne une nouvelle vision de cette période de la vie, dorénavant valorisée et dédramatisée [5, 6].

Cependant ce phénomène n'est pas universel car dans certains pays pauvres, les enfants ne connaissent pas l'adolescence dans son sens social et passent directement de l'enfance à la vie adulte. Il n'y a donc pas une adolescence mais plusieurs selon les cultures, les continents où l'on se trouve et l'époque [7].

1.2.2. La place des rites initiatiques

Les sociétés traditionnelles ont développé des rites de passages qui sont différents d'une société à l'autre mais nous y retrouvons un certain nombre de constantes. La fonction de ces rites est de définir la place de chacun dans la société. Au cours du rituel traditionnel, le jeune garçon traverse une épreuve au cours de laquelle un risque est souvent affronté. Cette épreuve est chargée d'une valeur symbolique et s'accompagne d'une acquisition d'un savoir transmis par les aînés [1]. Pour les jeunes filles, les rites de passage pour la fille

sont « *privés* », moins collectifs et ont plutôt un caractère personnel et intime, la grossesse en étant un exemple caractéristique [8].

Dans notre société, les rituels se sont perdus. L'adolescence s'étend sur une plus longue période (environ 10 ans) et les « *rituels sociaux* » des générations précédentes (profession de foi, départ à l'armée) ne concernent maintenant que la minorité d'une classe d'âge [1]. La disparition des rituels d'initiation est souvent mise en rapport avec les conduites déviantes chez les adolescents en particulier ce qui concerne les attaques plus ou moins conscientes du corps (tentative de suicide, consommations de produits toxiques, comportement sexuel à risques...).

1.3. L'entrée dans l'adolescence

1.3.1. Les transformations physiques et sexuelles de la puberté.

La puberté est un phénomène biologique marquant le début des transformations physiques et sexuelles, passage de l'enfance à l'adolescence. L'âge et la durée varient d'un individu à l'autre. Sous l'influence de l'hypothalamus, certaines glandes (hypophyse, testicules, ovaires) sont mûres pour sécréter des hormones. La puberté débute par une forte croissance staturo-pondérale à partir de onze ans chez les jeunes filles et deux ans plus tard chez les garçons. Les filles voient leur bassin s'élargir et chez les garçons se sont les épaules. L'apparition des règles (la ménarche) et les premières éjaculations signent l'éclosion pubertaire. La sécrétion d'hormones sexuelles permet le développement des caractères sexuels primaires (les organes génitaux augmentent de volume) et secondaires (développement de la pilosité, des seins, mue de la voix chez les garçons...) [2]. Il est intéressant de noter que l'âge moyen du début de la puberté a diminué de 4 ans en cent ans passant de 17 à 13 ans.

L'évolution de ces caractères sexuels se termine vers 16 ans chez la fille et 18 ans chez le garçon. Ce sont les facteurs neuro-hormonaux qui provoquent la fin de la croissance (par soudure des cartilages) et qui marquent alors la fin de la puberté [9]. La phase d'achèvement est appelée maturité pubertaire. Les âges de début et de fin varient d'un individu à l'autre. Ces variations interindividuelles sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux [1]. Ces changements anatomiques et biologiques aboutissent à la capacité de reproduction.

1.3.2. Les transformations cognitives

Le développement de l'intelligence fait partie des différentes transformations qui interviennent au cours de l'adolescence. Piaget [10] distingue quatre stades d'intelligence de l'enfance à l'adolescence dont le dernier est l'intelligence formelle (de 12 ans à l'âge adulte).

En effet pendant l'enfance, l'intelligence concrète porte sur des objets et des transformations réelles. Le raisonnement de l'enfant dépend étroitement du contenu auquel il s'applique.

En revanche avec la pensée formelle, l'adolescent devient capable d'effectuer une différenciation de la forme et du contenu. L'intelligence formelle implique la capacité de passer du réel au possible. Elle permet de résoudre des problèmes multidimensionnels. C'est ainsi que l'adolescent va pouvoir réfléchir sur des concepts, en considérant plusieurs facteurs à la fois. Il devient capable d'élaborer des projets, de s'imaginer un futur, et il peut faire des analyses et des déductions. Chaque adolescent est unique dans son fonctionnement cognitif et celui-ci interagit avec le développement de la personnalité.

1.3.3. Les transformations psychologiques et sociales

- Au niveau psychologique

L'adolescence est une période clé du développement psychologique : c'est le moment où se structure les caractéristiques de la personnalité adulte. Il va y avoir un ensemble de remaniements touchant les modes de pensée, la manière dont l'individu se perçoit lui-même et entre en relation avec autrui. L'adolescent va prendre conscience et s'adapter aux transformations corporelles qu'il subit, et qui affirme irréversiblement son identité sexuelle.

Lors de cette période, l'adolescent effectue le deuil de l'image parentale. Il va se détacher de ses premiers liens affectifs, pour en investir de nouveaux. Il ne s'identifie plus à ses parents, ce ne sont plus ses seuls modèles. Les difficultés de ce travail psychique dépendent du développement antérieur et des relations préexistantes avec le milieu familial [5].

L'adaptation aux changements rend l'adolescent fragile et vulnérable. Pour représenter cette crise d'adolescence, la psychanalyste Françoise Dolto [11] a inventé cette image du complexe du homard pour la décrire : « *Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps là, ils sont très en danger. Pour les adolescents, c'est un peu la même chose. Et fabriquer une nouvelle carapace coûte tant de larmes et de sueur, que c'est un peu comme si on la « suintait ».* Dans les parages d'un homard sans protection, il y a presque toujours un congre qui guette, prêt à le dévorer. L'adolescence, c'est le drame du homard ! Notre congre à nous, c'est ce qui nous menace, à l'intérieur de soi et à l'extérieur, et à quoi bien souvent on ne pense pas. »

- Au niveau social

Le comportement social change également [12]. Il existe une « *phase d'insertion* » présente chez la fille entre 16 et 18 ans (plus tard chez le garçon). C'est à ce moment que l'adolescent réalise son indépendance, qu'il accepte de ne « *plus avoir besoin* » de ses parents. « *L'identité sociale de l'individu doit être recherchée et sera acquise à travers des efforts individuels intenses* » pour reprendre les propos de Marcelli et Braconnier [6]. C'est parfois lors de cette période que la jeune fille peut éprouver un désir de grossesse pour faciliter son insertion sociale alors que son identité n'est pas encore bien acquise.

L'adolescent accède à la sexualité adulte grâce aux métamorphoses liées à l'adolescence. Dans un premier temps, il va ressentir le besoin d'intégrer un groupe d'individus dans lequel il se reconnaît, le plus souvent unisexe. Dans un second temps, l'appartenance à un groupe ne lui suffira plus et il éprouvera le besoin d'avoir un interlocuteur unique et privilégié. Son choix se portera, généralement, sur une personne idéalisée et admirée. Viendra ensuite, une phase où ni le groupe, ni l'ami intime ne suffisent à l'adolescent. Il se sent incompris et entre dans une dépression, normalement, transitoire. C'est souvent lors de cette phase qu'il crée un journal intime. Pour finir, il va commencer à ressentir une certaine curiosité et attirance pour le sexe opposé. C'est à partir de ce moment qu'intervient la mixité au sein du groupe. L'adolescent connaît alors ses premiers déboires amoureux et ses premières désillusions. C'est aussi la période des conduites à risques (conduites addictives, rapports non protégés, grossesses non désirées...) [8, 9].

1.3.4. Une période de transformations à risques

La période de l'adolescence est appelée période de « *crise* ». En effet l'adolescent est soumis aux changements de son corps et à la fois de son image. Il va chercher à se trouver une place et un rôle nouveau au sein de la société en tant que sujet à part entière. Pour

cela, l'adolescent va faire des expériences et souvent franchir la limite des interdits posés initialement par les parents ou même par la loi et être confronté à la violence de la réalité [13]. D'après Bonierbale M. [14] « *Les événements se vivent sous le signe de l'urgence et du passage à l'acte. C'est le moment où il y a irruption d'une sexualité dont il va lui falloir trouver le « mode d'emploi ».*

La sexualité débutante chez l'adolescent est souvent considérée comme à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) ou de grossesses précoces, les rapports étant plus souvent mal protégés ou non protégés. Une étude épidémiologique réalisée en France en 2007 [15] chez des filles de 15 ans ayant eu des rapports sexuels, montre que 88% des jeunes filles déclarent avoir utilisée un préservatif et/ou la pilule lors du premier rapport. Malheureusement les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents après le premier rapport. La première raison tient à leur fertilité élevée. Une étude comparative des échecs de contraception chez les adultes et les adolescentes [16] montre deux particularités :

- une absence totale de contraception plus fréquente chez les adolescentes (9,4% contre 3,6% chez les adultes) ;
- une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8% contre 11,5% chez les adultes).

Le manque d'expérience peut être aussi un motif d'échec de contraception mais l'influence de croyances et d'attitudes caractéristiques de cet âge doivent être prises en compte comme le sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité, l'opposition active au discours de prévention des adultes, la prise de risques délibérée, les pratiques sexuelles maladroites ou mal contrôlées, la mauvaise anticipation des effets désinhibiteurs des substances psycho-actives sur les conduites... [14].

Si une grossesse survient chez l'adolescente, elle a un peu plus de risques de se terminer par une interruption volontaire de grossesse (IVG) que par un accouchement surtout lorsqu'elle survient tôt (61,9% pour les 14-15 ans vs 50,4% pour les 16-17 ans) [17]. C'est finalement une grossesse sur trois qui sera menée à terme chez les adolescentes si l'on tient compte des fausses couches spontanées.

1.4. *Etat des lieux en France : les adolescentes face à la grossesse*

1.4.1. La sexualité chez l'adolescente

En France, nous comptons environ 2 600 000 adolescentes, âgées de 14 à 19 ans. Elles représentent 4,7% de la population globale [18]. En France et dans l'ensemble des nations occidentales, les premiers rapports sexuels ont lieu à un âge moyen de 17 ans et six mois pour les adolescentes [19].

En 2007 parmi les trois adolescentes sur quatre qui ont recours à une méthode contraceptive lors de leur premier rapport, seul 38% d'entre elles utilisent la pilule [18]. Avec la régularité des rapports sexuels, le recours à la pilule contraceptive augmente significativement tandis que diminue l'utilisation du préservatif. D'après le baromètre santé 2005 [20], l'utilisation de la pilule est de 75,8% en 2000 et de 78,8% en 2005 alors que l'utilisation du préservatif n'est plus que de 22,5% en 2000 et 20,1% en 2005.

1.4.2. Evolution de l'âge de la première grossesse

Selon l'âge des adolescentes, la société ne porte pas exactement le même regard sur leur sexualité et leur accès à la maternité. Etre mère à 18 ou 19 ans était, tout récemment encore, la norme admise alors qu'aujourd'hui, il est habituel de considérer 20 ans, comme un âge minimal pour une maternité [18, 19]. A notre époque, la scolarisation de masse est un des facteurs essentiels qui entraîne le recul de l'âge à la première grossesse. A cela, s'est imposées des révolutions sexuelles et contraceptives [5].

Le recul de l'âge à la première maternité se remarque aussi dans la population générale puisque d'après l'institut national des études démographiques (INED) l'âge des femmes au premier enfant ne cesse de reculer [22] il est en moyenne de 28 ans, selon les derniers chiffres, contre 24 ans à la fin des années 1970.

1.4.3. Les politiques de santé en matière de sexualité chez les adolescentes

La stigmatisation des grossesses précoces est intimement liée aux perceptions de la sexualité adolescentes dans les différents pays industrialisés [23].

Le rapport de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) [24] distingue trois types de sociétés parmi les pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République Tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie). Les politiques de prévention de ces pays s'intéressent à l'éducation sexuelle des adolescents selon la représentation qu'ils se font de la sexualité adolescente.

Dans le premier groupe, la société privilégie la préservation de la chasteté. Les Etats-Unis ont été les pionniers des politiques d'abstinence sexuelle à partir de 1970, la sexualité étant réservée aux adultes. Pour eux, la réduction des grossesses précoces ne peut être efficace que si les politiques de prévention encouragent la procréation dans le cadre du mariage.

Dans le deuxième groupe, qui comprend les Pays-Bas et la grande Bretagne, la sexualité est traitée comme un phénomène à combattre. Les jeunes sont fortement encouragés à reculer l'âge du premier rapport sexuel mais la sexualité juvénile apparaît tout de même comme un mal inévitable qu'il faut accompagner. Les pouvoirs publics Britanniques tiennent un discours médicalisé et pessimiste, pour alerter sur les conséquences négatives de rapports non protégés et avertissent les jeunes filles, que la grossesse n'est pas toujours une bonne nouvelle.

Le troisième groupe inclut les pays d'Europe continentale et scandinave, dont la France, la Suisse et la Suède [23]. Les pouvoirs publics de ces pays ne nient pas le droit des jeunes à la sexualité. Ils veulent plutôt permettre aux adolescentes d'en contrôler les risques en mettant à leur disposition les moyens de contraception adéquats qui tiennent compte de leurs moyens financiers et de leur besoin de confidentialité. La Suède en est la pionnière, dès 1975, les pouvoirs publics suédois développent des politiques de contraception

volontaristes et les jeunes filles peuvent avoir accès à l'IVG gratuitement, sans autorisation parentale préalable.

1.4.4. Prévention des grossesses non désirées en France

En 2000, une loi relative à l'accès à la contraception d'urgence est promulguée permettant sa délivrance sans prescription. L'évolution des lois relatives à la contraception et à l'IVG sont présentées en annexe [annexe 1]. Quant à l'éducation à la sexualité, elle a été rendue obligatoire en 1996 dans les établissements scolaires pour les élèves de quatrième et troisième, puis renforcée en 1998 et en 2002 [25]. Selon le baromètre santé 2005 [20], 89,8% des jeunes filles de 15 à 19 ans utilisent une contraception contre 96,6% des femmes entre 20 et 25 ans.

1.5. La maternité des adolescentes

1.5.1. Le taux et la proportion de grossesse chez l'adolescente

Le taux de grossesse chez les adolescentes correspond au nombre total de grossesses (naissances, interruption volontaires et les fausses couches spontanées) pour les jeunes femmes de 10 à 18 ans, sur le nombre de femmes appartenant à ce groupe d'âge. Ce taux est exprimé pour 1000 personnes.

En 1998 [17], en France métropolitaine, le taux de grossesse est de 24‰ et environ 1/3 sont menées à terme (8,6‰).

En 2008, en France métropolitaine, le taux de naissance chez les adolescentes est de 8,2‰ [26]. Ce taux est donc stable depuis 1998 et fait partie des plus faibles taux de naissance chez les mineures parmi les pays d'Europe. La Suisse détient le taux le plus faible (4,1‰) et le Royaume-Uni est quant à lui le pays d'Europe ayant le taux de naissances le plus élevé (25,9‰). Cependant ce taux reste modeste lorsqu'on le compare à celui des Etats-Unis, avec près de 54‰ en 1997 et 48‰ en 2000 ou celui de la Russie avec 45,6‰ en 1997 [26].

La proportion des grossesses chez les adolescentes se définit comme le nombre de naissance chez les adolescentes, sur le nombre total de naissances pour un pays donné. En

France, en 1997, nous admettons que les adolescentes représentent 4,9% des femmes enceintes, 4% avortant et 0,9% menant leur grossesse à terme. Le chiffre de la proportion des naissances chez les adolescentes a beaucoup baissé de 1976 à 1992, passant de 3,6% à 1%. Il s'est ensuite maintenu aux alentours de 0,85% entre 1992 et 1998 [27]. En 2001, la proportion de grossesses chez les adolescentes en France est d'environ 0,6% [28].

Nous estimons, en 2008, le nombre de naissances chez l'adolescente à 4500 [15] sachant qu'il y a 783500 naissances en France métropolitaine, la proportion de grossesses menées à terme chez les adolescentes est de 0,6 %.

En France, les naissances chez les adolescentes sont en décroissance depuis plusieurs années ce qui montre l'efficacité de la prévention mise en place et l'accès à l'IVG rendu plus facile.

1.5.2. Différents profils chez les adolescentes enceintes

Il est important de comprendre que les facteurs influençant la sexualité précoce et non protégée chez les adolescentes incluent des caractéristiques individuelles ainsi que des facteurs environnementaux. Il existe tout de même certaines caractéristiques propres à cette période de transition que l'on retrouve d'un adolescent à l'autre [29].

La plupart des adolescents ne savent pas concevoir le futur et n'anticipent pas les conséquences de leurs actions. Ils sont, en général, peu motivés à faire un choix de carrière réaliste et à s'impliquer sur le plan scolaire. Ensuite ils s'imaginent, par exemple, que les relations sexuelles protégées ne sont pas aussi agréables ou qu'il n'y a pas de risques de grossesse ou d'IST s'ils se lavent immédiatement après. La croyance la plus répandue auprès des adolescents est que des événements aussi malchanceux que la maladie et la grossesse ne peuvent leur arriver [29].

Cependant, il faut souligner que ce n'est pas que par insouciance, que les adolescentes, prennent des risques. La grossesse et la maternité sont souvent perçues comme signes d'indépendance et de détachement de leurs propres parents. En effet, d'après plusieurs auteurs français [3, 23, 30], la survenue d'une grossesse à l'adolescence n'est pas le résultat d'un accident. En dehors des situations de viols et de relations incestueuses, « *il serait tout à fait exceptionnel que les adolescentes deviennent mères par ignorance, naïveté, ou*

par inaptitude à utiliser les moyens de contraception. » d'après P. Faucher [31].

Des facteurs d'ordre psychologiques interviennent dans la survenue de ces maternités adolescentes. Cependant, il existe indiscutablement un contexte social et familial à haut risque de grossesses précoces [32, 29].

D'après D. Marcelli trois profils types sembleraient exister [30]. La grossesse comme vérification de l'intégrité du corps et des organes de la reproduction ; la grossesse comme « *prise de risque* », dont l'objectif est de mettre le corps en danger ; et enfin la grossesse, ou encore le désir d'enfant, comme recherche d'un « *objet* » de comblement des carences de l'enfance.

- La grossesse comme vérification des organes de la reproduction ou grossesses « culturelles ».

Dans ce cas, la grossesse permet de rassurer la capacité de procréer et permet d'accéder à la fonction maternelle. Ce type de grossesse se retrouve plus souvent dans les milieux traditionnels africains, maghrébins, gitans... Elles peuvent être définies comme des grossesses « *culturelles* » [17]. Ces grossesses correspondent à un passage du statut d'enfant à adulte et sont attendues par une famille, un couple, un clan. Elles se déroulent d'une façon très simple la plupart du temps alors qu'elle devient un véritable drame dans les milieux où les pressions religieuses pèsent lourdement sur la liberté des jeunes filles [32].

- La grossesse « *prise de risques* »

Ce type de grossesse est la conséquence d'une conduite à risque chez les l'adolescentes par une attaque directe de leur corps [17, 23]. L'adolescente attaque son corps car il est source de souffrance. Alors que les garçons « *choisissent* » des conduites à risque social, les filles se tournent vers l'attaque directe du corps (tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire, grossesse, IST) [31]. Ces grossesses surviennent chez des adolescentes scolarisées, étudiantes, vivant chez leurs parents. Elles sont accidentelles mais survenant dans le cadre d'une sexualité non protégée ou mal protégée connue de la jeune femme. Parfois ces grossesses sont vues comme une solution pour l'adolescente d'échapper à une scolarité, à un milieu familial perturbé.

Ces adolescentes sont généralement prises en charge par leur famille et la grossesse aboutit soit à une IVG si le diagnostic est fait précocement soit par une naissance si le

diagnostic est fait tardivement (ce qui correspond à un ratage d'IVG). Le nouveau-né est accueilli dans la famille mais la précarité est aggravée et le père est absent la plupart du temps.

- La grossesse par désir d'enfant pour combler une carence affective.

Ce type de grossesse survient chez des adolescentes en grande précarité, en échec scolaire ou professionnel, en rupture avec leur famille. La grossesse est vue comme l'obtention d'une fonction sociale, de réussir quelque chose, de se valoriser, de bénéficier d'une aide sociale (revenu mensuel de parent isolé). Ce sont souvent des adolescentes en manque d'affection, qui présentent une carence ou une négligence éducative de la petite enfance ; c'est l'enfant qui vient compenser les angoisses dépressives et la sensation d'abandon.

Du fait de la vulnérabilité dans laquelle se trouve l'adolescente, les grossesses sont mal suivies [17]. L'insuffisance du suivi correspond aussi au comportement à risque de l'adolescente (autodestruction). Tout comme les troubles alimentaires (boulimie, anorexie...), la tentative de suicide et la prise de produit nocifs voir illicites (tabac, alcool, drogues), la grossesse est, dans ce cas, une manifestation du mal être de l'adolescente. Une des conséquences des souffrances vécues par l'adolescente et de son sentiment de mal être est la mise en danger de l'enfant après sa naissance. La maltraitance de l'enfant est plus fréquente, ainsi que la mort subite du nouveau-né due à une mauvaise adaptation de la jeune mère aux besoins de l'enfant.

Sur le plan pratique, l'état psychologique de l'adolescente est donc très important à évaluer pendant la grossesse pour pouvoir porter un pronostic sur la qualité des relations ultérieures entre la mère et son enfant.

1.5.3. Les problèmes posés par la survenue d'une maternité précoce

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [33], la fécondité en dessous de l'âge de 18 devrait être l'objet d'une attention particulière puisque cette grossesse accroît les risques médicaux, psychologiques et sociaux, à la fois pour la mère et l'enfant. Cette recommandation a été confirmée par les études de plusieurs auteurs [5, 34-39]. D'autres obstétriciens comme Faucher et al [31], certains pédiatres ou psychiatres spécialisés [8,

30, 34] sont venues nuancer les risques d'une grossesse précoce lorsqu'un suivi précoce et régulier est réalisé. En France, ce sont surtout les risques psychologiques et sociaux qui préoccupent les pouvoirs publics et les professionnels. Cette préoccupation se reflète dans les dispositifs législatifs et réglementaires de protection de la maternité et des enfants.

1.5.4. Conclusions du rapport effectué par le Pr M.UZAN

A la demande du ministère de la santé, Mme le Pr M. Uzan a publié un rapport [5] ayant pour but de faire des propositions à partir de l'expérience d'un établissement de gynécologie-obstétrique appartenant à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en Seine St-Denis qui disposait d'un centre de protection maternelle et infantile ainsi que d'un centre de planning.

Les données disponibles concernant les grossesses des mineures âgées de 12 à 18 ans (en tenant compte de la minorité à l'âge du début de grossesse) ont été analysées. En ce qui concerne les grossesses poursuivies par les adolescentes, 102 adolescentes ont accouché entre le 1^{er} septembre 1994 et le 28 février 1998. Après avoir étudié les caractéristiques des adolescentes qui accouchent les constatations suivantes ont été faites : les adolescentes ont un suivi tardif, ce sont des primipares pour la majorité, beaucoup d'entre elles ne sont pas assurées sociales et il y a deux fois plus d'accouchements prématurés mais à peine plus de retards de croissance intra-utérins. Par contre, ces adolescentes accouchent très naturellement et par voie basse.

L'accent a été mis sur l'hébergement à la sortie de la maternité et sur le suivi post natal nécessaire pour accompagner la relation mère-enfant.

Le Pr M. Uzan conclut en insistant sur la contraception qui est le seul moyen de vivre de façon plus adaptée l'étape de l'adolescence pour éviter l'adolescence avortée [5]. Une campagne d'information a d'ailleurs été effectuée en 2000 suite à ce rapport. L'objectif était de réaffirmer le droit à la contraception, d'informer sur les différents moyens existants et sur les lieux d'information et de prescription. Et, parallèlement, il est apparu nécessaire de modifier les textes législatifs et réglementaires, selon une approche globale allant de l'éducation à la sexualité jusqu'à l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesses. Ces modifications ont inclus l'allongement des délais ouvrant les possibilités de recours à l'IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhée (SA), et la sécurité

juridique du recours à la contraception d'urgence, qui avait été rendue plus accessible sans prescription médicale depuis 1999 [35].

Les propositions énoncées par le rapport de 1998 sont :

- La création de réseaux (renforcés d'emplois jeunes) pour la diffusion de l'information sur la contraception et pour identifier et aider sur le terrain les jeunes mères.
- La rupture de l'isolement des adolescentes enceintes pendant la grossesse et en post-partum par la réservation de places dans les maisons maternelles en plus grand nombre.
- La mise en œuvre de tous les moyens permettant d'éviter la déscolarisation avant et après l'accouchement, de faciliter le retour précoce à l'école et la reprise d'un projet professionnel.
- Le développement de réseaux afin d'identifier rapidement ces adolescentes enceintes et de les confier chaque fois que possible à des structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de leur grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale. Ces structures pluridisciplinaires impliqueraient des équipes de terrain, des réseaux associatifs, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les services hospitaliers et les services socio-éducatifs

2. Etude concernant les adolescentes menant leur grossesse à terme.

1.6. Méthodologie de l'étude

1.6.1. Problématique

Une sage-femme est susceptible, à tout moment, au cours de sa carrière, d'avoir à prendre en charge une patiente adolescente en consultation, en salle de naissances ou en suites de couches. Même si cette situation n'est pas rencontrée fréquemment (0,6% des naissances en 2008), les grossesses chez les adolescentes continueront d'exister. La période de l'adolescence est une période de transition qui amène beaucoup d'adolescentes à prendre des risques que l'on retrouve lors des rapports sexuels non protégés. De plus les grossesses précoces ne sont pas toutes le fruit d'un accident de contraception et certaines sont clairement désirées.

En 1998, le rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, effectué par le Pr M Uzan [5] à la demande du ministère de la santé, a participé en 1999 à la délivrance sans ordonnance de la contraception d'urgence dans les pharmacies et les établissements scolaires.

En ce qui concerne les grossesses menées à terme, ce rapport met en évidence un suivi plus tardif chez les patientes adolescentes, un plus gros taux de précarité chez ces patientes, un taux d'accouchement prématuré deux fois plus élevé et une augmentation de la mortalité infantile due à l'isolement social que provoque la naissance de l'enfant. A la suite de ces résultats, des propositions ont été faites.

La première proposition concerne la création de véritables réseaux d'informations et d'aide à la (première) contraception autour des centres de planning. Ces réseaux permettraient d'identifier rapidement les adolescentes enceintes et de les confier chaque fois que possible à des structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de leur grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale pour éviter l'isolement.

Une deuxième proposition concerne la réservation d'un certain nombre de places pour les mères adolescentes dans les maisons maternelles car elles sont aujourd'hui difficilement disponibles. Enfin une troisième proposition vise à mettre tous les moyens en œuvre pour éviter la déscolarisation des adolescentes pendant et après la grossesse.

Depuis 1998, plus de dix années se sont écoulées pendant lesquelles les propositions faites par le Pr M. Uzan ont pu être mises en place [5]. Cela nous amène à nous demander si la population d'adolescentes menant une grossesse à terme en France présente toujours les mêmes caractéristiques aujourd'hui.

Existe-t-il, pour ces adolescentes, une nécessité de prise en charge spécifique en maternité compte tenu de l'impact des propositions faites en 1998 et des caractéristiques que présente cette population aujourd'hui?

2.1.1. Hypothèses

1. Les adolescentes présentent des caractéristiques sociales, familiales et obstétricales à l'accouchement, qui n'ont pas évolué depuis 1998.
2. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux traduisent un meilleur accès à la contraception grâce aux mesures apportées dans ce domaine depuis 1998.
3. Certaines caractéristiques propres aux adolescentes ont évolué depuis le rapport de 1998 initié dans la maternité d'étude :
 - Les grossesses sont suivies plus précocement dans notre étude qu'en 1998.
 - Les pathologies spécifiques à la grossesse des adolescentes ont diminué et la morbidité néonatale est moindre.
4. Tout est mis en œuvre pour que les adolescentes ne se retrouvent pas en situation d'isolement et puissent bénéficier du meilleur avenir possible pour elle et leur enfant.

2.1.2. Objectifs

1. Définir les caractéristiques sociales, familiales, médicales, gynécologiques et obstétricales qui ressortent chez les adolescentes enceintes. Les comparer avec le rapport de 1998.
2. Observer l'impact des propositions du rapport sur le suivi des grossesses.

3. Mettre en évidence une évolution de l'incidence des pathologies obstétricales et néonatales depuis 1998.
4. Evaluer la mise en œuvre des mesures permettant de briser l'isolement des mères et de leur assurer de bonnes conditions psychosociales.

2.1.3. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative monocentrique de 172 dossiers d'adolescentes enceintes ayant accouché à la maternité Jean Verdier, de niveau II b, à Bondy (93, AP-HP) du 1^{er} janvier 2007 au 30 avril 2010. Cette maternité a été choisie pour son nombre élevé d'accouchement de mineures en regard des autres maternités parisiennes et pour un souci de comparaison avec le rapport du Pr M. Uzan en 1998 qui été effectué dans cette maternité.

La recherche de ces dossiers a été effectuée à partir du système informatique de la maternité. Nous avons consulté le dossier pour chaque parturiente. Sur les 172 dossiers médicaux de patientes suivies sur la période donnée, 3 dossiers n'ont pas été retrouvés. L'échantillon comprend donc une population de 169 adolescentes ayant accouché d'enfants de plus de 22 SA ou plus de 500g, nés vivants. Aucune patiente n'a présenté d'interruption médicale de grossesse ni de mort fœtale. Les critères d'inclusion sont présentés en annexe [annexe 2].

Pour comparer les résultats de notre étude aux résultats exacts du rapport du Pr Uzan M. en 1998, nous avons sollicité sa secrétaire pour avoir accès aux résultats qui n'ont pas tous été utilisés lors de la publication du rapport.

Nous avons monté notre grille de recueil [annexe 2] en rapport avec les items de 1998 et en en ajoutant certains qui nous paraissaient pertinents suite aux conclusions et recommandations faites par le rapport de 1998.

Pour faciliter la lecture nous appellerons le rapport du Pr M. Uzan par l'année qui est celle des derniers dossiers obstétricaux étudiés (1998). Nous ferons parfois de même pour parler de notre étude (2010).

Nous avons choisi comme méthodologie d'identifier la distribution et d'analyser une à une les variables de l'étude afin d'étudier l'influence de certains facteurs sur le déroulement de la grossesse et de l'état néonatal.

2.1.4. Les outils

L'exploitation des dossiers retenus a été réalisée au moyen de la grille de recueil. Les données ont été saisies dans le logiciel Excel.

L'échantillon de la population, de taille $n \geq 30$, est composé de :

- variables aléatoires discrètes (situation matrimoniale, origine géographique, mode d'accouchement, périnée...) ;
- variables aléatoires continues (parité, prise de poids...)

Sur une variable aléatoire continue comme l'âge, nous vérifions que la moyenne est égale à la médiane soit 17, ce qui nous permet d'affirmer que nos deux échantillons de population suivent une loi normale. C'est ainsi que nous avons, pour l'étudier, utilisé les tests statistiques suivants : méthode du khi deux (χ^2), comparaison de moyenne.

Pour ce qui est des variables aléatoires discrètes nous nous sommes servis de tableaux croisés dynamiques pour en définir le nombre et calculer les pourcentages (option % du total). Le test de comparaison de moyenne est effectué grâce à la fonction test.student dans Excel. Pour effectuer le test de χ^2 nous avons calculé, grâce au tableau de la population observée, la population attendue et nous avons utilisé la fonction test.khideux (plage_réelle;plage_attendue) dans Excel pour calculer la probabilité.

NB : Plage réelle représente la plage de données contenant les observations à comparer aux valeurs prévues. Plage attendue représente la plage de données contenant le rapport du produit des totaux de ligne et de colonne avec le total général.

Nous avons appliqué des corrections de Yates sur le calcul de χ^2 quand les effectifs sont inférieurs à 5 et pour cela nous avons utilisé un logiciel sur le site http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/chisq_fonction.php

Pour conclure nos tests statistiques, lorsque nous rejetons l'hypothèse H_0 , ceci est fait sans ambiguïté, le risque de se tromper étant au maximum de 5%, le test n'est pas significatif. Lorsque nous acceptons l'hypothèse H_0 , il en est de même. Pour ne pas alourdir la lecture de l'étude, nous n'écrirons pas à chaque fois qu'un test est significatif ou pas que nous le rejetons ou l'acceptons pour l'hypothèse H_0 avec un risque de 5%, ce sera une convenance de notre part.

Les graphiques visualisent la distribution. Le tableau situé en annexe [annexe 3] détaille les résultats et les comparaisons effectuées entre le rapport de 1998 et notre étude de 2010.

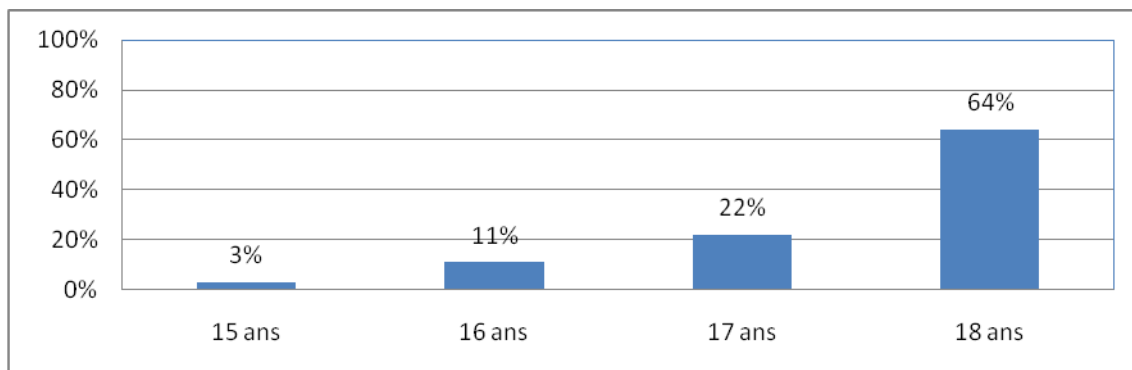
2.2. Présentation des résultats

2.2.1. Les critères généraux

➤ Informations générales concernant l'adolescente

▪ Age de la population étudiée à l'accouchement

Figure 1 - Répartition des adolescentes selon leur âge.



Les adolescentes étudiées ont un âge moyen à l'accouchement de 17,5 ans \pm 0,8 avec un âge minimal de 15 ans et maximal de 18 ans. Cette population représente 2% des patientes accouchées de cette maternité. L'étude de 1998 [5] effectuée dans cette même maternité montre un âge moyen de 17,0 ans \pm 1,0 et que 1,85% des accouchées sont des adolescentes. Il n'existe pas de différence significative quant à la proportion d'accouchements chez les adolescentes, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 . En 1998, il n'est pas fait mention de la moyenne d'âge, mais elle a été retrouvée dans les travaux préliminaires et il n'existe pas non plus de différence de moyenne d'âge dans la maternité d'étude entre 1998 et 2010 en utilisant le test de Student, $p > 0,05$.

▪ Origine ethnique des mères adolescentes

Certaines origines ethniques sont regroupées dans la population des « gens du voyage ». Ils correspondent à une population ayant une culture et un mode de vie traditionnels, basés sur le nomadisme vivent la plupart du temps en caravane.

Figure 2 - Répartition des adolescentes selon leur origine ethnique.

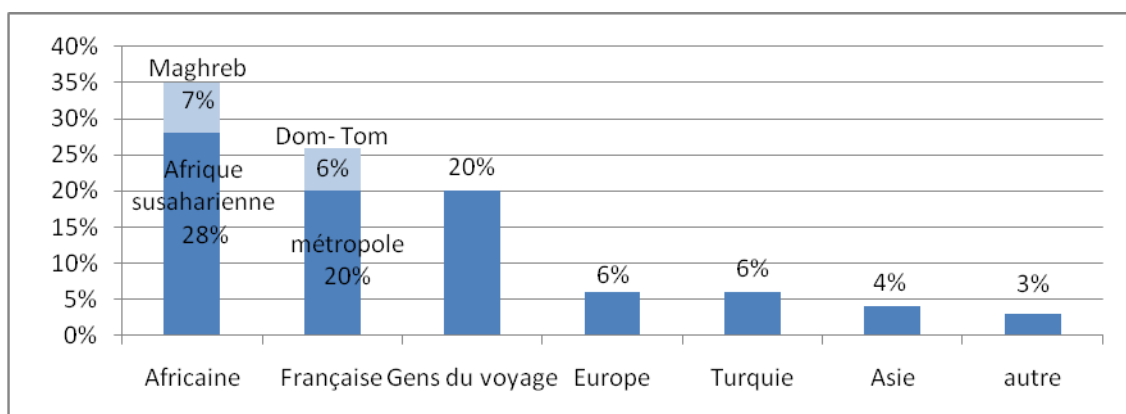
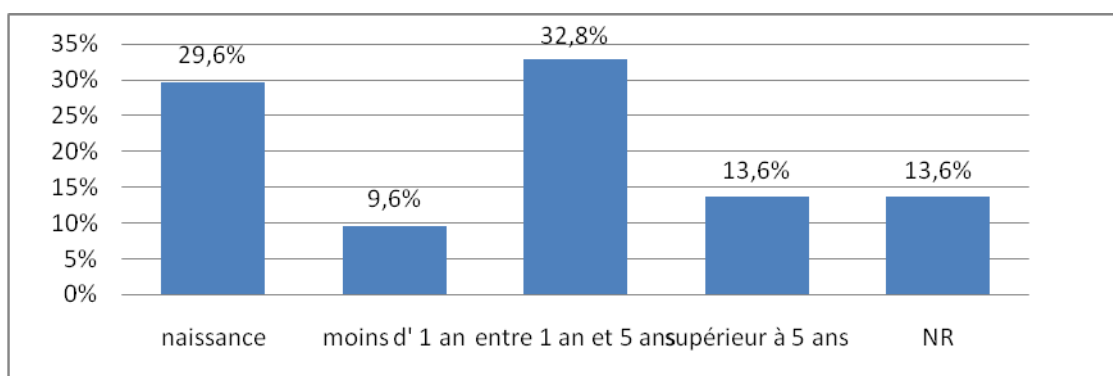


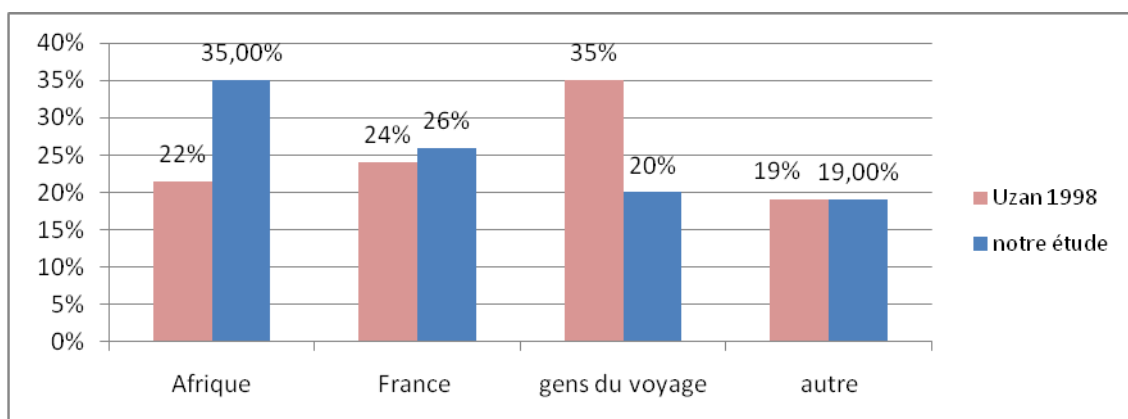
Figure 3 - Date d'arrivée en France des adolescentes d'origine étrangère.



Plus d'un tiers des adolescentes sont originaires d'Afrique, 1/4 sont d'origine française et 1/5 fait partie de la population des gens du voyage. Dans notre étude, 125 adolescentes (79,9%) sont d'origine étrangère. Parmi celles-ci, 70,4% ne sont pas nées en France et 9,6% sont en France depuis moins d'un an.

12,4% des adolescentes ne parlent pas le français et 16,6% ont seulement des notions de la langue. En 1998, il n'est pas fait mention de la date d'arrivée en France. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

Figure 4 - Répartition des adolescentes selon les origines ethniques majoritaires.



Entre l'étude de 1998 et notre étude, le test de χ^2 montre qu'il existe une diminution significative des adolescentes appartenant à la population des gens du voyage et une augmentation significative de la population d'origine africaine, $p < 0,01$ dans les deux cas.

▪ Grossesses considérées comme « culturelles »

Pour définir les grossesses « *culturelles* » nous avons retenu deux critères à partir de la définition de la personne immigrée donnée par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) : l'origine ethnique (Afrique subsaharienne, Afrique noire, Turquie, Haïti, Europe de l'est et gens du voyage) et la naissance dans le pays d'origine¹. Ces grossesses culturelles représentent 47,9% (81/169) des grossesses de notre étude. En 1998, elles étaient de 56,9% (58/102). Malgré la diminution constatée, il n'existe pas de différence significative, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

¹ L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) considère plus précisément comme immigré « *une personne née étrangère à l'étranger et entrée en France en cette qualité en vue de s'établir en territoire français de façon durable (installation depuis au moins un an)* ».

➤ Les informations socio-économiques sur l'adolescente

• Couverture sociale

Tableau 1 - Répartition du nombre de type de couverture sociale.

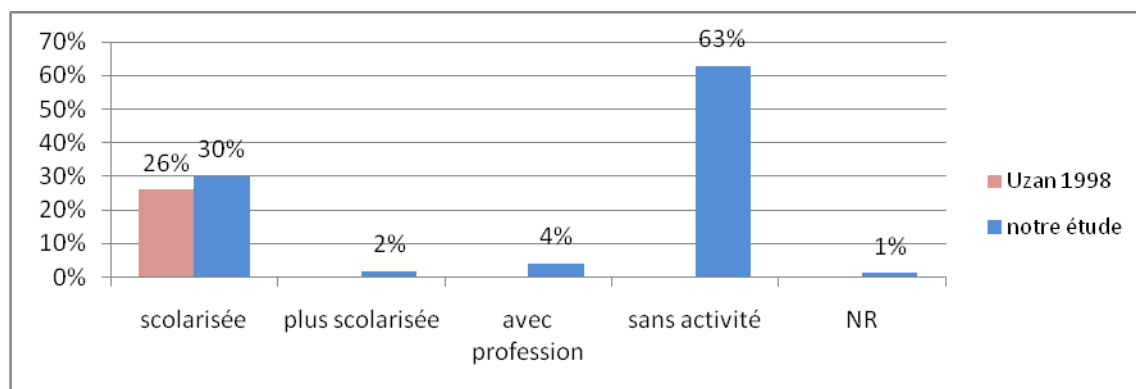
Couverture sociale	N =113	%	% cumulés
sécurité sociale	54	47,8	32,0
sécurité sociale + mutuelle	3	2,6	70,8
sécu + CMU complémentaire	26	23,0	74,3
couverture médicale universelle (CMU)	4	3,5	90,2
aide médicale état (AME)	18	15,9	91,0
carte européenne d'assurance maladie	1	0,8	91,8
demandeuse d'asile	1	0,8	94,4
non assurée	6	5,3	100

Lors de l'analyse de notre étude, 113 dossiers contiennent l'indication de la couverture sociale. Parmi ces dossiers, 83 adolescentes sont assurées sociales soit 49%. La proportion d'assurées sociales a légèrement augmenté depuis 1998. Néanmoins, il n'existe pas de différence significative lorsque l'on compare ce chiffre à celui des assurées sociales en 1998 qui étaient de l'ordre de 42%, $p > 0,05$ avec le test χ^2 .

Nous aurions souhaité étudier d'avantages de données sociales au cours de l'étude mais faute d'informatisation des données du dossier et du manque de temps des assistantes sociales pour nous les fournir, nous n'avons pas pu avoir accès à celles-ci malgré notre insistance.

▪ Situation professionnelle des mères

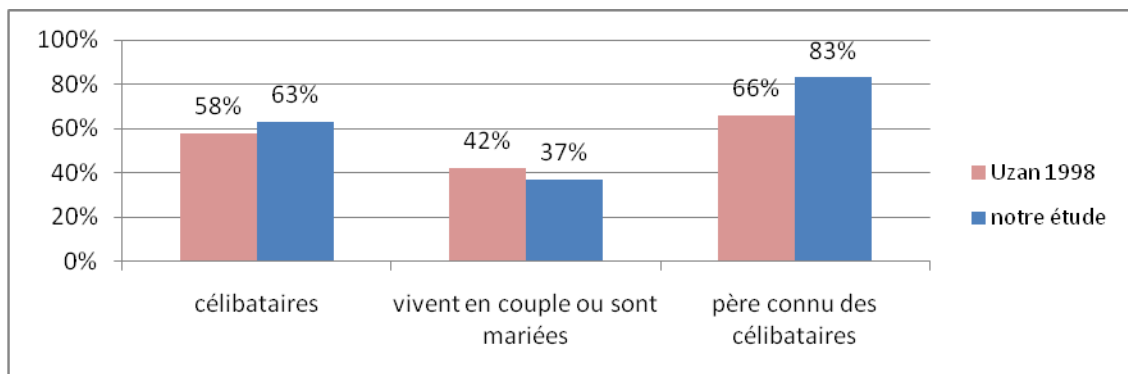
Figure 5 - Situation professionnelle des adolescentes.



La majorité des adolescentes sont sans activité au début de la grossesse dont 2% ne sont plus du tout scolarisées. Seulement 30% sont scolarisées au moment de la grossesse et 4% ont une profession. En 1998, 26% des adolescentes sont scolarisées. L'absence d'activité ou de profession n'a pas été étudiée. Même si cette proportion a légèrement augmenté, il n'existe pas de différence significative entre ces deux cohortes de parturientes, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

▪ Situation familiale

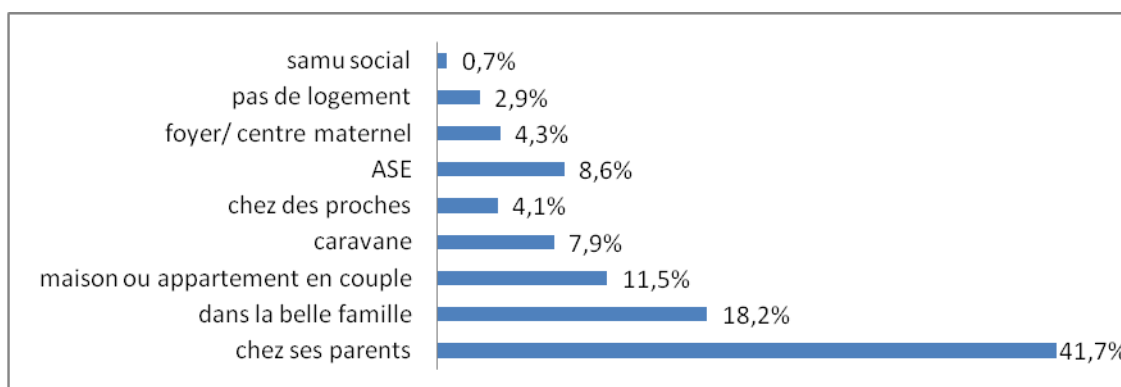
Figure 6 - Comparaison de la situation familiale entre 1998 et 2010.



La situation familiale des adolescentes montre que 37% des adolescentes vivent en couple² dont 10% sont mariées et que 63% sont célibataires. Parmi ces dernières 83% connaissent le père de l'enfant. En 1998 42% vivent en couple, 58% sont célibataires et parmi celles-ci, les 2/3 connaissent le père de l'enfant. Il n'y a pas d'augmentation significative du nombre d'adolescentes célibataires, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 . Par contre il existe une augmentation significative quant à la connaissance du père de l'enfant par l'adolescente dans notre étude, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 .

² Dans notre étude, sont considérées comme vivant en couple, l'homme et la femme qui vivent sous le même toit même si le logement est partagé avec une autre personne ou s'il ne leur appartient pas.

Figure 7 - Type de logement.



Il est important de noter que 17,8% (30 dossiers) des informations concernant le logement ne sont pas renseignés dans les dossiers, nous effectuons donc le calcul des pourcentages à partir des 139 dossiers pour lesquels cette information est présente.

Les adolescentes de l'étude vivent, pour 41,7 % d'entre elles, chez leurs parents et 18,2% dans la belle famille. Elles ne sont que 11,5% à vivre exclusivement avec le père de l'enfant. En 1998 il n'est pas fait mention de l'habitat. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

▪ Contexte de grossesse

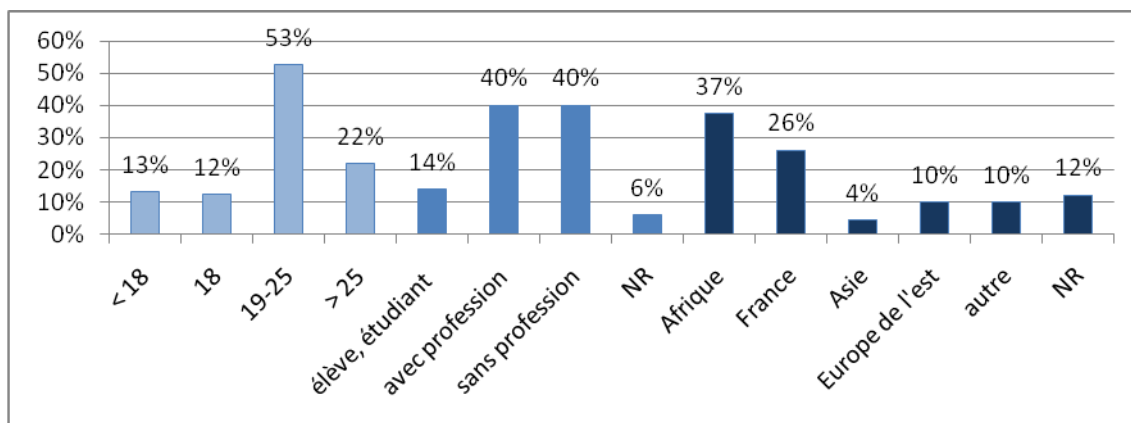
La grossesse est désirée chez 21,9% des adolescentes et non prévue chez 33,7% sachant que 44,4% (n = 75) des dossiers ne mentionnent pas ce critère. Si nous ne nous intéressons qu'au dossier où les informations sont présentes (n = 94) les proportions sont respectivement de 39,4% et 60,6%.

Les causes des grossesses inopinées comprennent les échecs de la contraception (oublis, problème de préservatif ou grossesse sous contraception), les absences de moyens contraceptifs pendant le rapport sexuel et les viols qui représentent tout de même 2,4% des grossesses (4 grossesses) chez les adolescentes étudiées. En 1998, une grossesse après viol, soit 1% des grossesses, est rapportée. Quelle que soit la cause de l'état de grossesse, l'aboutissement de celle-ci est dû soit à sa découverte tardive dépassant le délai légal de l'IVG, soit au refus d'effectuer une IVG ou encore à l'acceptation plus ou moins rapide et facile de la grossesse. Nous pouvons souligner qu'il existe, parmi les grossesses non désirées, 1,7% de déni de grossesse.

En 1998 il n'est pas fait mention du contexte de la grossesse. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

2.2.2. Informations concernant le père

Figure 8 - Informations sur le père de 2007 à 2010.



Les renseignements concernant le père sont présents dans le dossier dans 68% des cas soit dans 115 dossiers médicaux. En 1998 il est présent dans 54 dossiers soit 53% des cas. Il existe une différence très significative en ce qui concerne les informations liées au père, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 .

L'âge moyen des pères est de 23,3 +/- 3,3 en 1998 et de 22 ans \pm 4,8 en 2010. La différence des moyennes d'âge n'est pas significative avec le test de Student, $p > 0,05$. 40% des pères ont une activité professionnelle dans notre étude dont 67% peu qualifiée. La même proportion est sans activité professionnelle et 14% des pères sont scolarisés. En 1998 44% des pères ont une activité professionnelle et 56% n'en ont pas ou sont scolarisés. Il n'existe aucune différence significative concernant la situation professionnelle des pères entre 1998 et notre étude, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 .

En 1998 il n'est pas fait mention de l'âge du père et de son activité professionnelle mais celles-ci a été étudiées dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

Dans notre étude, plus d'un tiers sont d'origine africaine et un quart sont d'origine française. Enfin 65% des pères reconnaissent l'enfant à la naissance, 3% ignorent leur paternité et 9 % ne le reconnaissent pas. En 1998, il n'est pas fait mention de l'origine du

père et de la reconnaissance de l'enfant par celui-ci. Ils n'ont pas été retrouvés non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

2.2.3. Les Antécédents des adolescentes

➤ Les antécédents généraux

▪ Indice de masse corporelle

16% des renseignements concernant le poids et la taille sont absents dans les dossiers de notre étude. Parmi les 142 dossiers dans lesquels l'information est présente l'indice de masse corporelle (IMC) moyen est à 22 +/- 3,5 ce qui correspond à une corpulence normale. En 1998 l'IMC moyen chez les adolescentes était de 22,1 +/- 3,9. Le test de Student ne montre pas de différence significative en ce qui concerne la moyenne des IMC, $p > 0,05$.

Dans notre étude, nous avons pu détailler la proportion d'adolescentes selon les différentes catégories d'IMC classés par l'OMS selon les niveaux de risques [annexe 4]. 13,4% des adolescentes ont un IMC inférieur à 18,5 (maigreur), plus de la moitié (69%) ont un IMC entre 18,5 et 24,9 correspondant à une corpulence normale, 12,7% sont en surpoids avec un IMC compris entre 25 et 30 et 5% dans l'obésité modérée (IMC > 30). Le détail de l'IMC n'a pas été étudié en 1998. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

➤ Les antécédents gynécologiques

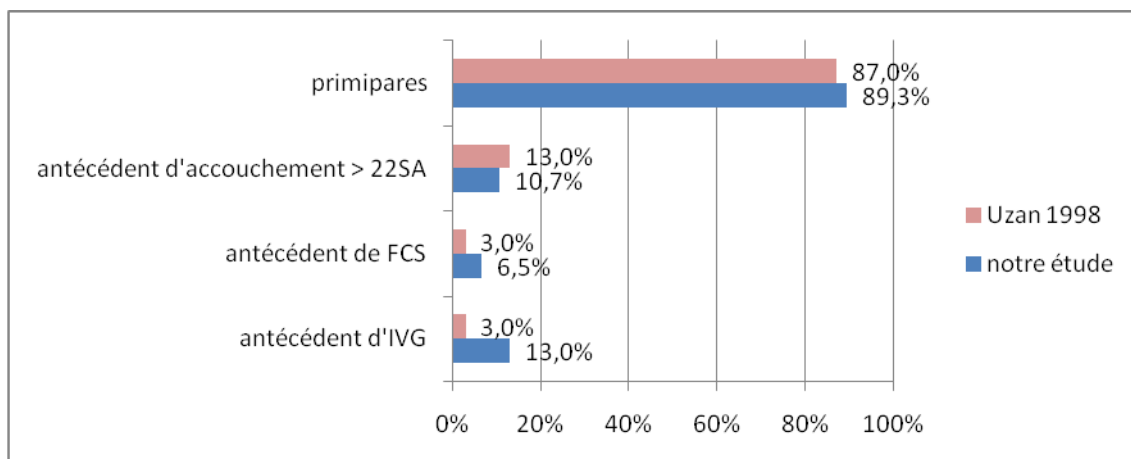
Une grande partie des adolescentes n'a pas de suivi gynécologique (55,6%) et n'a jamais eu de frottis cervico-vaginal (62,7%). Il est à noter que dans 25% des dossiers les antécédents gynécologiques ne sont pas documentés.

En ce qui concerne la contraception antérieure à la grossesse, 46,2% des adolescentes n'en ont aucune, 26,6% en ont utilisé une. Si l'on ne prend en compte que les 123 dossiers renseignés 63% n'ont pas de contraception avant la grossesse et 37% en utilisent. La méthode de contraception la plus utilisée est la pilule pour 18%, le préservatif pour 8% et l'implant contraceptif pour 1,2%. Dans certains cas la grossesse fait suite à un arrêt de prise de pilule. Volontaire par désir d'enfant ou pour mettre fin aux effets secondaires mal supportés. Involontaire, dans les cas d'oubli et de mauvaise prise. L'utilisation non systématique du préservatif explique aussi la grossesse. En 1998, il n'est pas fait mention

des antécédents gynécologiques ni de la contraception avant la grossesse et celles-ci n'ont pas été retrouvées non plus dans les travaux préliminaires alors que la recommandation phare portait sur la pilule du lendemain !

➤ Les antécédents obstétricaux

Figure 9 - Les antécédents obstétricaux.



89,3% des adolescentes sont des primipares et 10,7% sont des multipares. 15% ont déjà fait au moins une IVG, 6,5% ont fait au moins une fausse-couche.

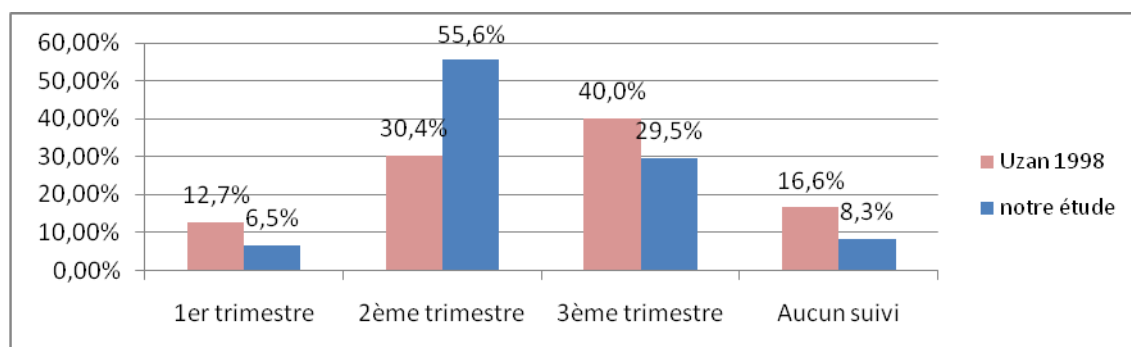
Le nombre de primipares reste stable depuis 12 ans mais le nombre d'adolescentes ayant un antécédent d'IVG ou de fausse-couche spontanée a augmenté. Le pourcentage d'antécédents d'IVG chez les adolescentes menant une grossesse à terme a été multiplié par 5 en 12 ans puisqu'il est passé respectivement de 3% en 1998 à 15% en 2010. Cette augmentation est très significative, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 . Le chiffre concernant les antécédents de fausse-couche précoce a doublé puisqu'il est passé de 3% en 1998 à 6,5% en 2010 mais cette différence n'est pas significative, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

2.2.4. La surveillance prénatale

➤ La première consultation

▪ Premier contact dans la maternité d'accouchement

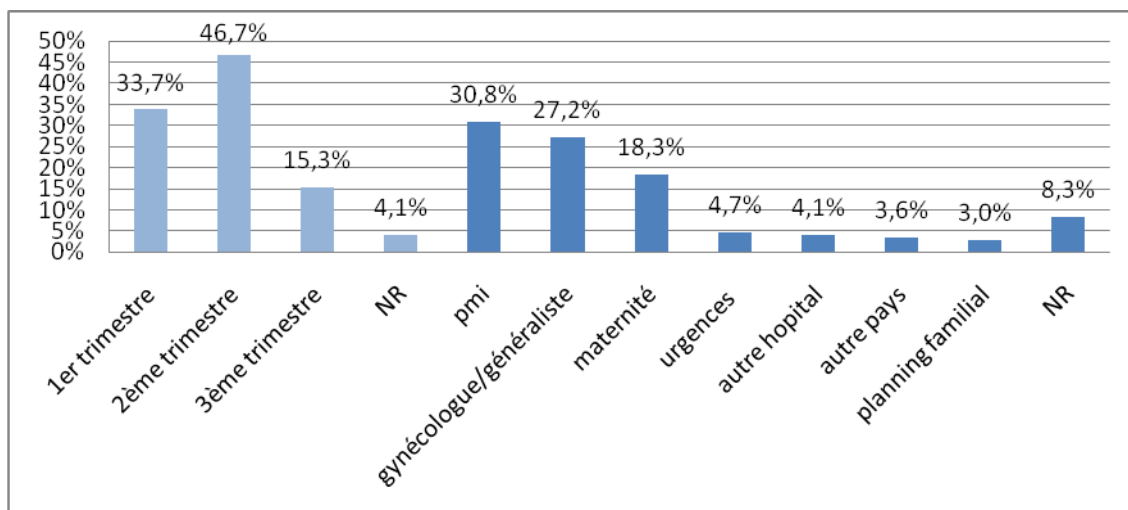
Figure 10 - Terme de la première consultation dans la maternité d'étude.



Les adolescentes commencent leur suivi dans la maternité d'accouchement au premier trimestre pour 6,5% d'entre elles, au deuxième trimestre pour 55,6% et au troisième trimestre pour 29,5%. Parfois le suivi de la grossesse dans la maternité d'accouchement est inexistant puisque 8,3% des adolescentes ne sont prises en charge que pour l'accouchement. On note une augmentation significative de la première consultation dans la maternité d'accouchement au 2^{ème} trimestre depuis 1998 qui est passée de 30,4% en 1998 à 55,6% en 2010, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 . Moins de femmes consultent au premier trimestre et au 3^{ème} trimestre. Il existe aussi une diminution significative des femmes n'ayant aucun suivi, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 .

▪ Terme de la première consultation de grossesse

Figure 11 - Terme et lieu de la première consultation.

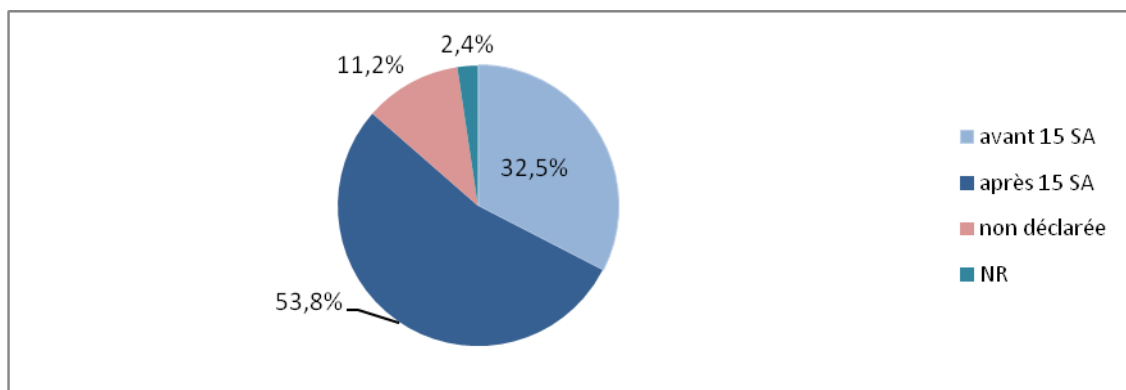


En 1998, seul le terme de la première consultation en maternité a été étudié. Le rapport préconisait « *d'identifier rapidement ces adolescentes enceintes et de les confier chaque fois que possible à des structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de leur grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale.* » Nous nous sommes donc intéressés à l'âge gestationnel de la première consultation que l'adolescente a eu pour sa grossesse qui est en moyenne de 20 SA. Dans 33,7% des cas, elles ont consulté au premier trimestre (avant 15 SA) dont seulement 7,6% avant 10SA alors que les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) [36] sont de préférence avant 10 SA sinon avant 15 SA. 46,7% des adolescentes ont consulté au 2^{ème} trimestre et 15,3% au 3^{ème} trimestre.

Cette première consultation a été effectuée en majorité dans un centre de PMI (30,7%) ou en ville par un gynécologue ou un médecin généraliste (27,2%). Dans 18,3% des cas, ces jeunes femmes ont effectué leur première consultation dans la maternité d'accouchement. Les autres lieux pour la première consultation sont les urgences, d'autres maternités que celle où elles ont accouché, le planning familial et d'autre pays.

▪ La déclaration de grossesse

Figure 12 - Déclaration de grossesse.



La déclaration de grossesse a été faite après 15 SA pour 53,8% des adolescentes et n'a pas été déclarée pour 11,2%. Seul 32,5% des adolescentes ont déclaré leur grossesse avant 15 SA. En 1998 il n'est pas fait mention du terme de déclaration de grossesse. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

➤ **Les autres consultations**

▪ Le suivi échographique

Figure 13 - Répartition des adolescentes selon le nombre d'échographies réalisé.

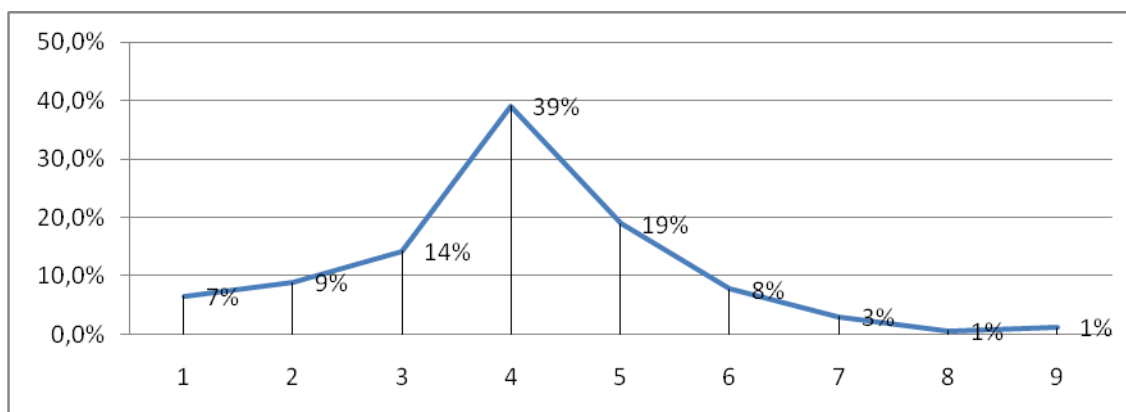


Tableau 2 - Nombre d'échographies.

Echographies	N = 169	%
< 3	50	29,6
3	66	39,1
> 3	53	31,4

D'après les résultats de notre étude, la date de début de grossesse est incertaine dans 23,7% des cas. Elle est, pour la plupart (67,5%), déterminée par une échographie inférieure à 20 SA et pour les autres par la date des dernières règles.

Le nombre moyen d'échographies est de 3 +/- 1,5 dans notre étude et il était de 2,9 +/- 1,6 en 1998. Le test de Student ne montre pas de différence significative du nombre moyen d'échographies, $p > 0,05$, il est stable depuis 1998. En 1998 il n'est pas fait mention du nombre d'échographies mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

▪ Consultations prénatales à la maternité.

Tableau 3 - Suivi obstétrical de la grossesse des adolescentes à la maternité.

Consultation systématiques	N = 169	%
< 3	68	40,2
3 à 5	84	49,7
> 5	17	10,1
Consultations aux explorations fonctionnelles	N = 169	%
aucune	82	48,5
1 à 4	81	47,9
> 4	6	3,5
Consultations aux urgences	N = 169	%
0 ou 1	82	48,5
2	46	27,2
3 ou 4	31	18,3
> 4	10	5,9

Le nombre de consultations totales effectuées par les adolescentes n'a pas pu être étudié à cause des données manquantes trop importantes, surtout pour celles effectuées hors maternité.

Les adolescentes effectuent en moyenne 3 consultations prénatales systématiques dans la maternité d'accouchement, la moitié des adolescentes est suivie aux explorations fonctionnelles (consultations de fin de grossesse).

Plus de la moitié (51,4%) des adolescentes consultent aux urgences de la maternité plus d'une fois (est exclu de ce comptage la consultation entraînant l'admission en salle de naissance) et 24,3% d'entre elles consultent plus de 4 fois. En 1998, il n'est pas fait mention du nombre moyen de consultation dans la maternité, de suivi aux explorations fonctionnelles et de consultation d'urgence. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

Tableau 4 - Caractéristiques du suivi.

Respect des consultations par la patiente	N = 169	%
présente à toutes	131	77,5
non venue à 1	24	14,2
non venue à 2	6	3,6
non venue à plus de 2	8	4,8
Suivi par un professionnel référent	N = 169	%
oui	76	45
non	93	55

La plupart des adolescentes (77,5%) viennent à leur rendez-vous de consultation, 14% ne se sont pas présentées à une consultation et 8,4% ne sont pas venues à 2 consultations ou plus.

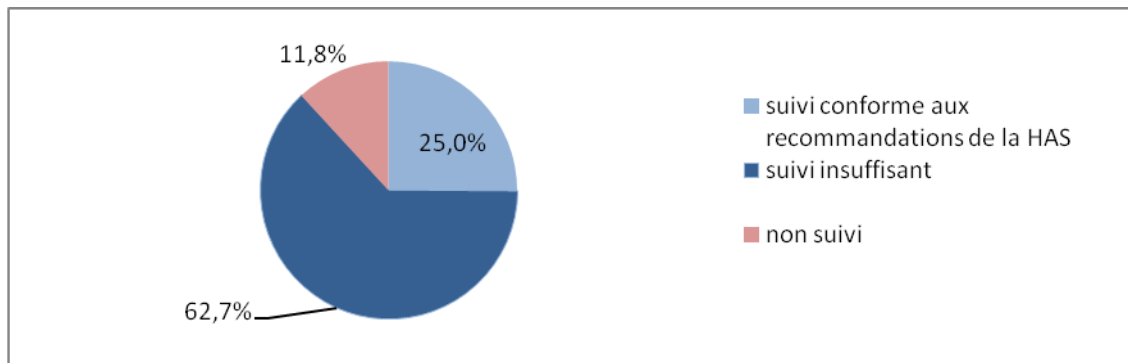
45% des adolescentes sont suivies par un professionnel référent tout au long de la grossesse. En 1998, il n'est pas fait mention d'un référent au sein de la maternité et il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport. Cependant cette notion de référent découle bien de ce rapport qui préconise une prise en charge multidisciplinaire spécialisée.

▪ Qualité du suivi

Conformément aux recommandations de la HAS [36] (annexe 4), les grossesses doivent être suivies dès le premier trimestre et déclarées avant 15 SA, avoir un début de grossesse établi par échographie précoce ou par la date des dernières règles, 3 échographies doivent avoir été réalisées à chacun des trimestres et il doit exister une rigueur quant à la régularité des consultations (pas plus d'une consultation annulée).

Les grossesses non suivies sont définies comme celles dont la première consultation s'est faite au 3^{ème} trimestre ou qui n'ont eu aucune consultation à la maternité.

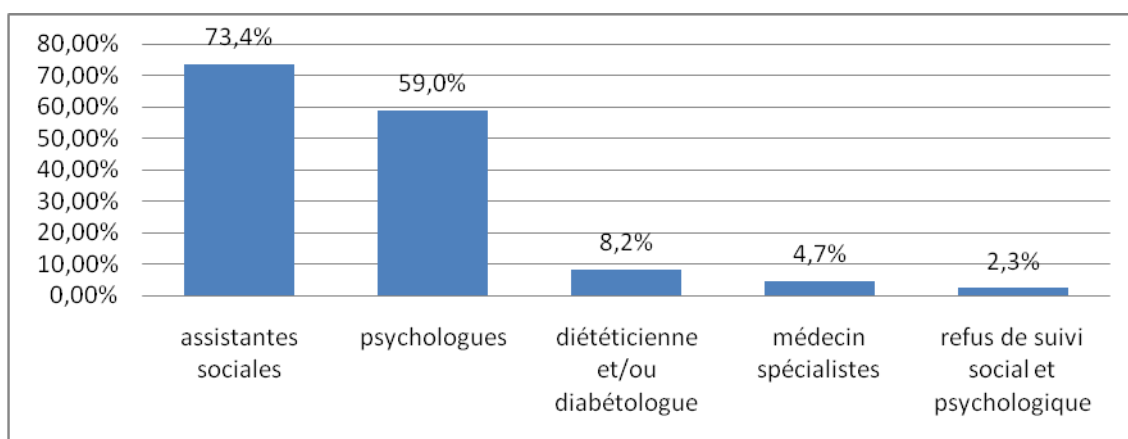
Figure 14- Qualité du suivi de la grossesse.



43 grossesses ont un suivi conforme aux recommandations de la HAS ce qui représente 25% des grossesses de notre étude. La majorité des grossesses des adolescentes est insuffisamment suivie (62,7%) ou non suivie (11,8%). En 1998, il n'est pas fait mention de la qualité du suivi. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

- Les consultations avec d'autres professionnels

Figure 15 - Interventions d'autres professionnels.



Si l'on considère les 117 dossiers où l'information sur l'intervention ou non de l'assistante sociale et de la psychologue est présente, 73,4% des patientes rencontrent l'assistante sociale et 59% la psychologue.

Parmi les 169 dossiers, 8,2% des patientes ont recours à la diététicienne et/ou la diabétologue et 4,7% à un médecin spécialiste. En 1998, il n'est pas fait mention

d'interventions d'autres professionnels. Il n'a pas été retrouvé non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

2.2.5. Les complications de la grossesse

➤ Les facteurs de risques

▪ Prise de poids pendant la grossesse

Dans notre étude, la prise de poids moyenne pendant la grossesse est de $9 \pm 4,4$ kg pour tous les classes d'IMC sauf pour les femmes ayant un surpoids où la prise de poids moyenne est de $9,5 \pm 4,3$ kg. En 1998, il n'est pas fait mention de la prise de poids moyenne mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires. En 1998 elle est de $12 \pm 5,1$ kg. Il existe une diminution significative de prise de poids moyenne entre les deux populations d'adolescentes depuis 1998, $p < 0,01$ avec le test de Student.

▪ Conduites addictives

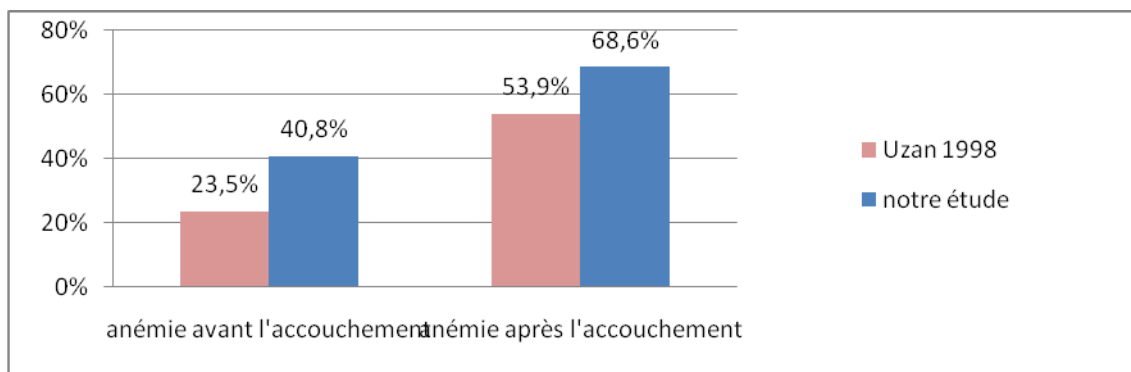
Seul le tabagisme a pu être mis en évidence dans cette étude car les dossiers ne comprennent pas d'items concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse. Aucune consommation de drogue n'a été retrouvée sachant que cette conduite addictive est très peu souvent avouée lors des consultations.

En 2010, 22,5% des adolescentes fument avant la grossesse et 17% continuent à fumer pendant la grossesse dont 2% fument plus de 10 cigarettes par jour. En 1998 15% des femmes fument pendant la grossesse. La consommation de tabac pendant la grossesse est stable depuis 1998.

➤ Les pathologies

▪ Les anémies

Figure 16 - Anémie avant et après l'accouchement.

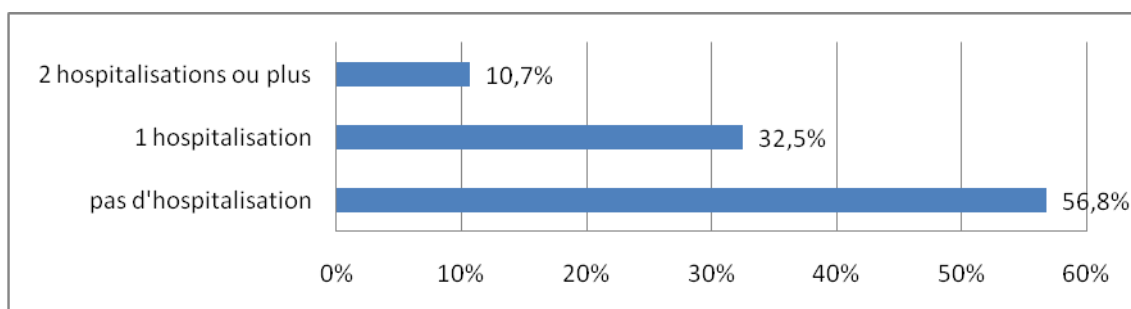


L'anémie pendant la grossesse est définie par une hémoglobine inférieure ou égale à 11 g/dl [37]. 40,8% des adolescentes de notre étude présentent une anémie contre 23,5% en 1998. Il existe une augmentation significative de l'anémie pendant la grossesse depuis 1998, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 . Après l'accouchement cette augmentation significative de l'anémie est toujours présente, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 .

88% des femmes ont été supplémentées en fer pendant la grossesse. Parmi les adolescentes anémiées (40,8%), 18,8% n'ont pas reçu de supplément de fer pendant la grossesse et 11,6% (8) ont reçu une préparation de fer par voie intraveineuse après l'accouchement dont 6 qui n'ont pas été supplémentées en fer pendant la grossesse. En 1998, il n'est pas fait mention de la supplémentation en fer. Elle n'a pas été retrouvée non plus dans les travaux préliminaires à l'étude pour ce rapport.

➤ Les hospitalisations

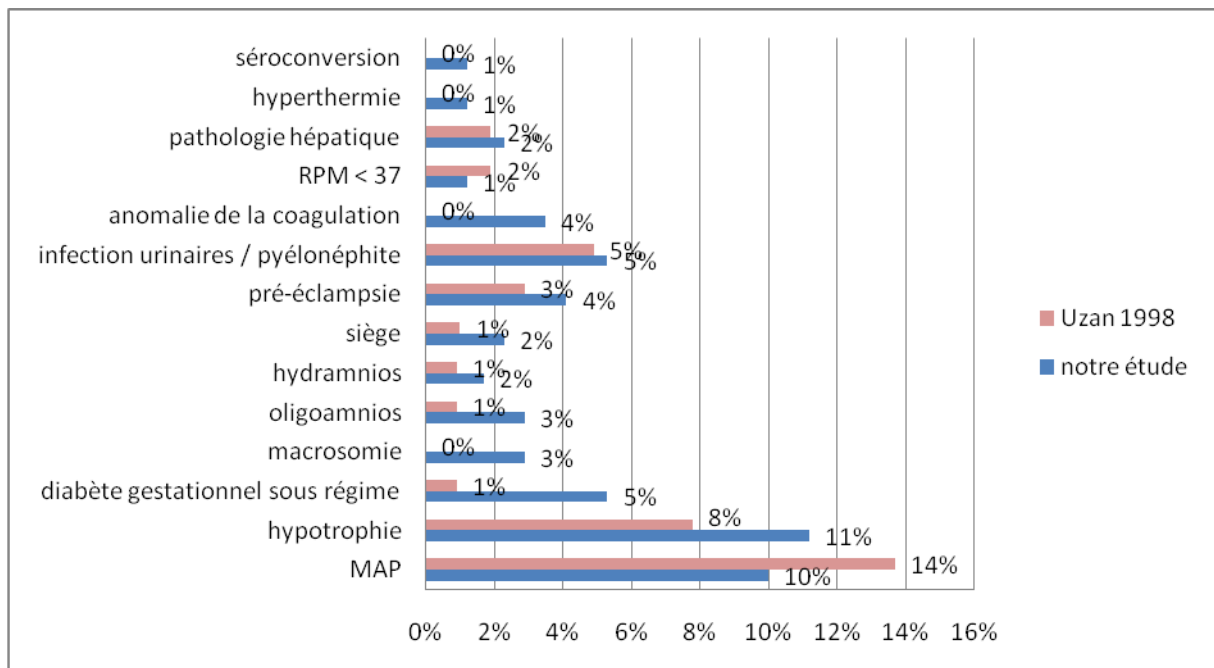
Figure 17 - Hospitalisation pendant la grossesse.



Moins de la moitié (43,2%) des adolescentes a été hospitalisée pendant la grossesse, 10,7% ont été hospitalisées 2 fois ou plus. La proportion d'hospitalisations en 1998 était de 20%. Il existe une augmentation significative de l'hospitalisation chez les adolescentes depuis 12 ans qui a doublé en passant de 20% en 1998 à 42% en 2010, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 .

➤ Les pathologies obstétricales

Figure 18 - Types de pathologies rencontrées pendant la grossesse.



En 1998, il n'est pas fait mention des différentes pathologies de la grossesse mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

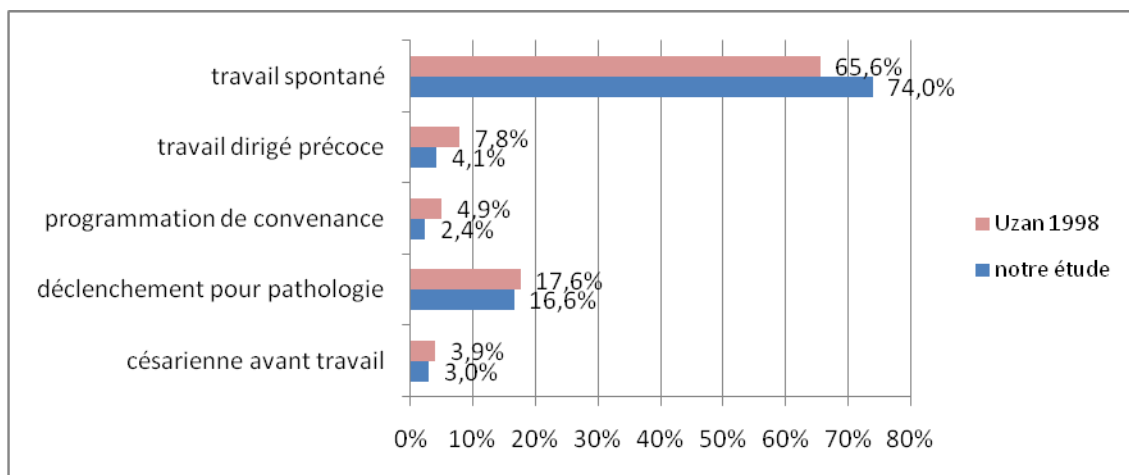
En 2010, les pathologies les plus souvent retrouvées pendant la grossesse sont la menace d'accouchement prématuré (MAP) (10%) qui a diminué par rapport à 1998 (14%), l'hypotrophie fœtale (11%) qui a augmenté depuis 1998 (8%), le diabète gestationnel sous régime (5%) qui a aussi augmenté en comparaison à 1998 (1%) et les infections urinaires qui sont retrouvées chez 5% des parturientes comme en 1998. La pré-éclampsie et les anomalies de la coagulation sont retrouvées chez 4% des adolescentes dans notre étude ce qui est légèrement plus élevé qu'en 1998 pour la pré-éclampsie (4%). Les anomalies de la coagulation n'ont pas été étudiées en 1998. Les différences observées ne sont pas significative, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 auquel a été appliqué une correction de Yates. Cependant, il existe une augmentation significative ($p < 0,01$) du pourcentage des pathologies totales qui est passée de 36,8% en 1998 à 55,1% en 2010.

2.2.6. L'accouchement des adolescentes

➤ Le travail

- Le motif d'admission en salle de naissance

Figure 19 - Motif d'admission en salle de naissance.



Dans notre étude, la plupart des adolescentes (74%) entrent en travail spontanément. La différence avec les données de 1998 (65,6%) n'est pas significative ($p > 0,05$) même si une augmentation des fréquences est observée. Pour 19% des mineures, le travail est déclenché (déclenchement de convenance ou pour pathologies) et 3% ont une césarienne avant travail. Les différences observées par rapport à 1998 ne sont pas significatives, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 . En 1998, il n'est pas fait mention du motif d'admission en salle de travail mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

- Durée du travail

La durée moyenne du travail chez les adolescentes de notre étude est de 6,1 heures \pm 2,6 heures et elle était de 6,7 \pm 3,1 en 1998, ce qui est comparable.

La durée moyenne du travail chez les primipares est de 5,8 heures \pm 2,7, elle est de 5,9 heures \pm 2,6 heures chez les multipares. En 1998, il n'est pas fait mention de la durée du travail mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

- Analgésie pendant le travail

Tableau 5 - Analgésie pendant le travail.

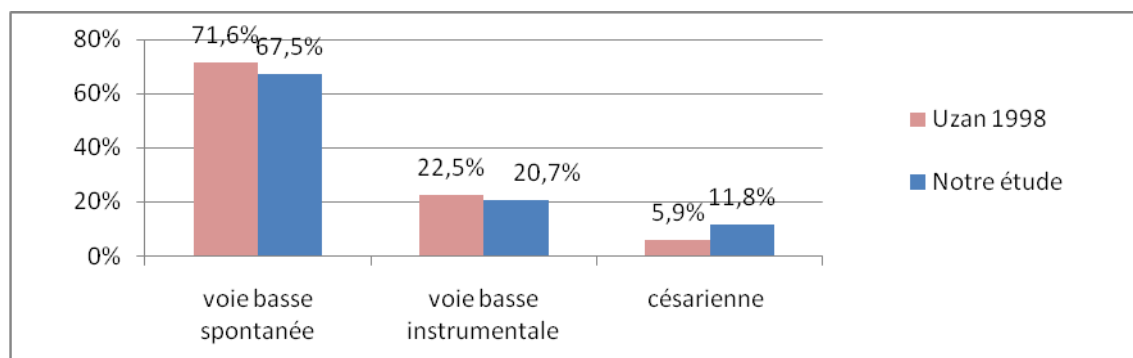
Type d'analgésie	Notre étude N =169	%	Uzan 1998 N=102	%
Péridurale	140	82,9	86	84,3
Aucune	19	11,2	12	11,8
Autre	8	4,7		
Générale	2	1,2	4	3,9
Total	169	100	102	100

L'analgésie péridurale est le type d'analgésie le plus utilisé lors de l'accouchement des adolescentes (82,9%) et il est stable depuis 1998 (84,3%). 11,2% d'adolescentes ne bénéficient d'aucun type d'analgésie, la douleur est donc soulagée lors de l'accouchement de l'adolescente dans 88,8% ce qui est stable depuis 1998 avec des proportions respectives de 11,8% et 88,2%. En 1998, il n'est pas fait mention du type d'analgésie pendant le travail mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

➤ L'expulsion

- Mode d'accouchement

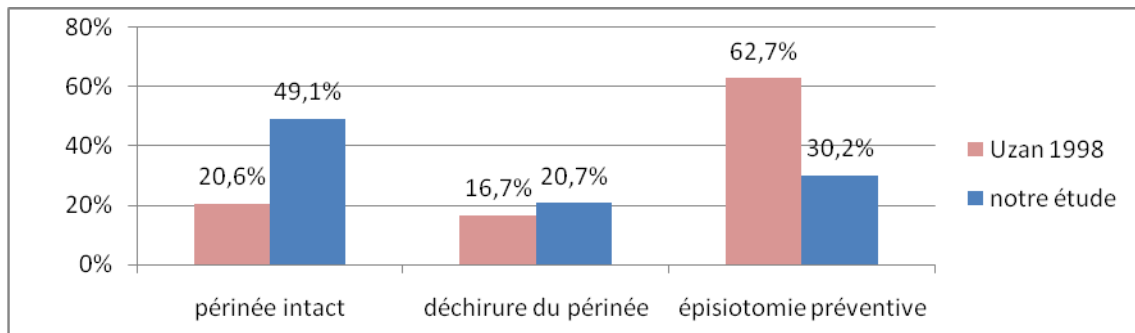
Figure 20 - Mode d'accouchement des adolescentes.



La majorité des adolescentes (67,5%) accouchent par voie basse spontanée, 21% par voie basse instrumentale et 12% par césarienne. Le taux de voies basses spontanée et instrumentale reste stable depuis 1998. Le taux de césarienne a augmenté en 12 ans, il a doublé, passant de 6 à 12%. Pourtant la différence n'est pas significative, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

- Le périnée

Figure 21 - Etat du périnée après l'accouchement.



En 1998, 20,6% des adolescentes ont un périnée intact et 62,7% ont une épisiotomie alors que dans notre étude c'est la moitié des adolescentes qui ne présentent aucune lésion du périnée après l'accouchement et 30,2% des adolescentes qui ont eu une épisiotomie préventive. Nous constatons une différence significative entre 1998 en ce qui concerne les périnées intacts et les épisiotomies, $p < 0,05$ avec le test de χ^2 .

20,7% des jeunes mères présentent des déchirures du périnée dans notre étude contre 16,7% en 1998. La différence n'est pas significative. En 1998, il n'est pas fait mention de l'état du périnée mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

- Présentation lors de l'accouchement

Tableau 6 - Présentation fœtale lors de l'accouchement.

Présentation	Notre étude N = 169	%	Uzan 1998 N = 102	%
sommet	162	95,9%	101	99,0%
siège	7	4,2%	1	1,0%

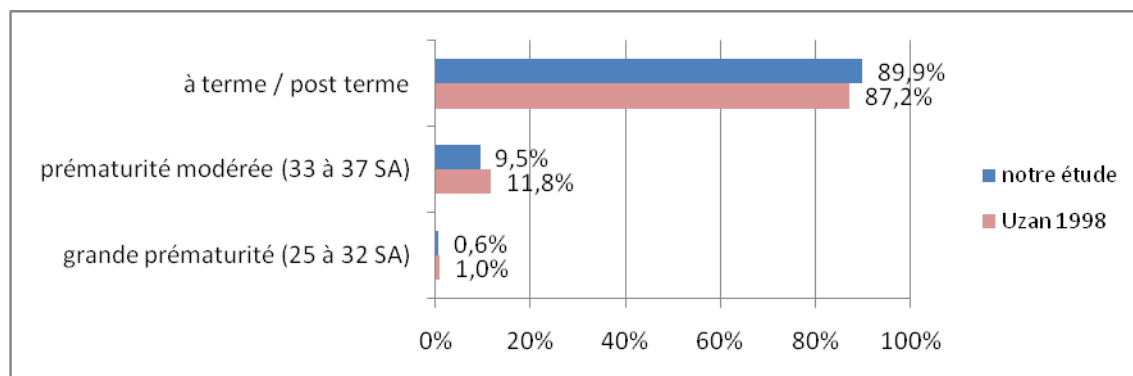
Dans 95,9% des cas, la présentation lors de l'accouchement est un sommet et elle était de 99% en 1998. 4,2% des présentations sont des sièges dans notre étude alors que les sièges étaient de 1% en 1998. Ces différences ne sont pas significatives, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 auquel a été appliqué une correction de Yates.

En 1998, il n'est pas fait mention de la présentation fœtale mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

2.2.7. Les caractéristiques du nouveau-né

➤ Terme d'accouchement

Figure 22 - Terme d'accouchement chez les adolescentes.



Le nouveau-né naît à terme pour 89,9% des naissances de notre étude et pour 87,9% en 1998. En 2010, 10% des naissances sont prématurées contre 12,8% en 1998. Il n'existe pas de différence significative pour le taux de prématurité, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

➤ Score d'Apgar des nouveau-nés

L'Apgar moyen à 1 minute et 5 minutes sont respectivement de $9 \pm 1,5$ et $10 \pm 0,5$ dans notre étude et sont respectivement de $8,9 \pm 2,1$ et de $9,7 \pm 1,2$ en 1998. Il existe une légère amélioration de l'Apgar moyen à 1 et 5 minutes entre 1998 et 2010 mais elle n'est pas significative, $p > 0,05$ avec le test de Student. En 1998, il n'est pas fait mention du score d'Apgar mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

➤ Poids des nouveau-nés

Tableau 7 - Poids de naissance des nouveau-nés.

Poids de naissance en grammes	Uzan 1998 N = 102	%	% cumulés	Notre étude N = 169	%	% cumulés
< 2500	7	6,9%	6,9%	18	10,7%	10,7%
2500-3499	75	73,5%	80,4%	110	65%	75,7%
3500-3999	18	17,6%	98,0%	34	20,1%	95,8%
4000-4499	2	2,0%	99,0%	7	4,2%	100%

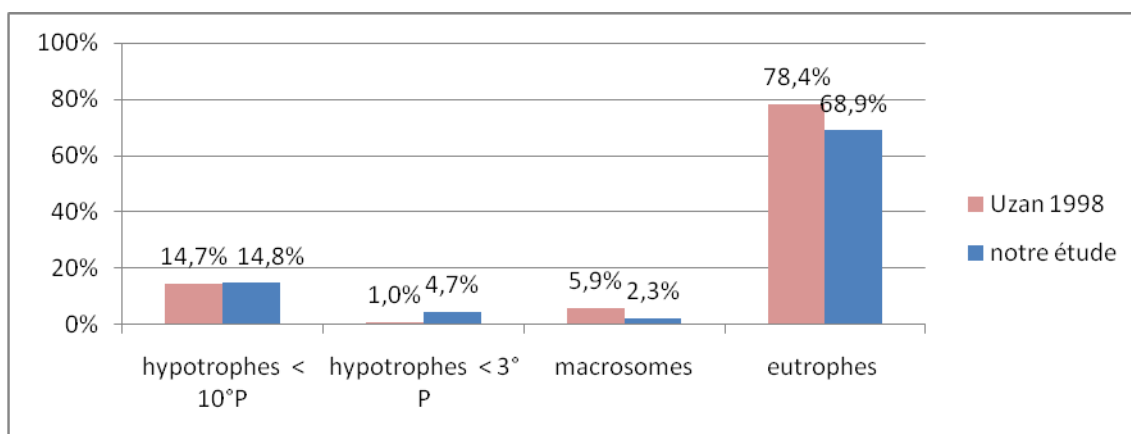
En 1998, il n'est pas fait mention des poids de naissance mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

Le poids moyen des nouveau-nés est de 3092 +/- 474 en 1998 et de 3128g +/- 528g dans notre étude. L'augmentation du poids moyen n'est pas significative, $p > 0,05$ avec le test de Student.

Les enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2500g sont passés de 6,9% en 1998 à 10,7% en 2010. En 2010, 65% des nouveau-nés ont un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g contre 73,5% en 1998. 4,2% dépassent les 4kg en 2010 contre 2% en 1998. Les différences ne sont pas significatives, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

➤ Trophicité du nouveau-né

Figure 23 - Trophicité des nouveau-nés à la naissance.

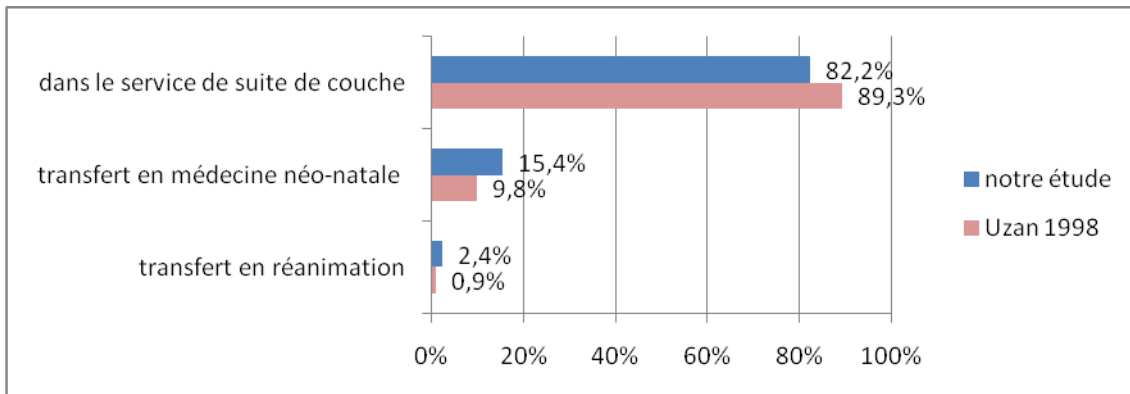


La proportion d'hypotrophies à la naissance est de 19,5% dans notre étude : 14,8% ont un poids de naissance inférieur au 10^{ème} percentile (°P) et 4% ont un poids de naissance inférieur au 3°P. En 1998 le pourcentage d'hypotrophies est de 15,7% avec 14,7% d'hypotrophes inférieurs au 10°P et 1% d'hypotrophes inférieurs au 3°P.

La proportion d'hypotrophie a augmentée de façon non significative depuis 1998, passant de 13% à 19,4%, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 . En 1998, il n'est pas fait mention du détail de la trophicité des nouveau-nés mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

➤ Transfert du nouveau-né après la naissance

Figure 24 - Transfert néonatal.



18% des enfants nés de mères adolescentes sont transférés en néonatalogie, dans des unités correspondant à des soins plus ou moins intenses. En 1998 la proportion de transfert en néonatalogie était de 11%. Il n'y a pas de différence significative mise en évidence, $p > 0,05$ avec le test de χ^2 .

2.2.8. Les suites de couches

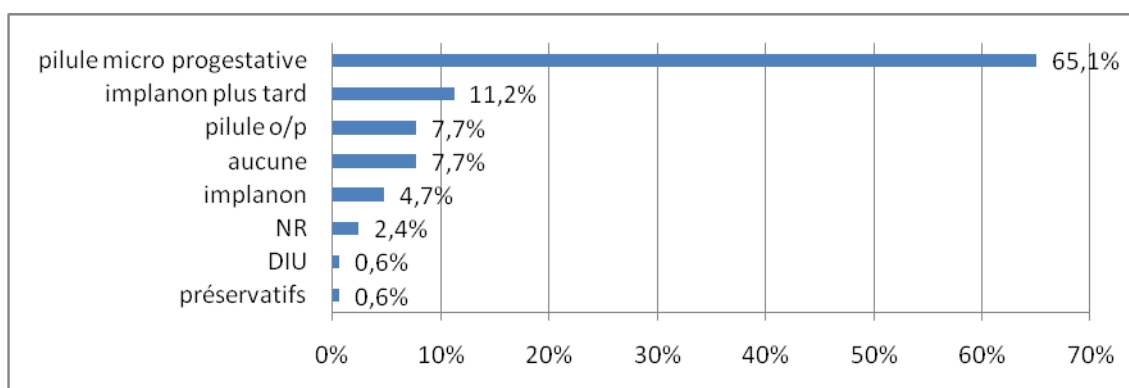
➤ L'allaitement

Dans notre étude plus de la moitié des adolescentes (65,7%) allaitent leur enfant. En 1998 seul 34,3% pratiquent l'allaitement maternel. On constate une augmentation significative de la pratique de l'allaitement maternel entre 1998 et notre étude, $p < 0,01$ avec le test de χ^2 .

En 1998, il n'est pas fait mention du détail du type d'allaitement mais nous avons retrouvé ces données dans les résultats préliminaires.

➤ Contraception dans le post partum

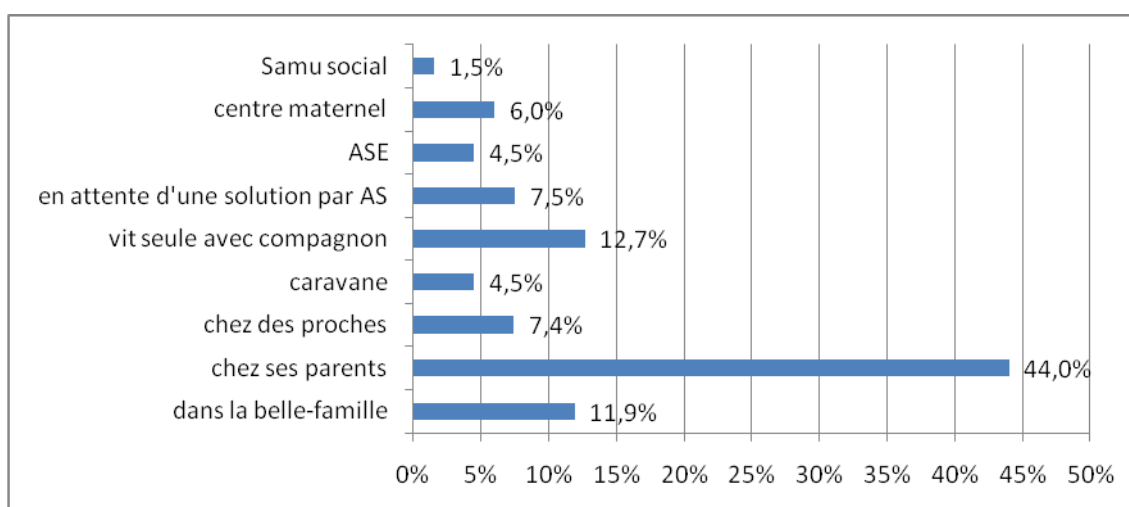
Figure 25 - Contraception prescrite dans le post partum.



Une contraception a été prescrite pour 90% des adolescentes avant la sortie de la maternité. Dans 65% des cas, la contraception prescrite est la pilule micro-progestative, seul type de pilule prescrit dans la maternité de notre étude. 11,2% ont souhaité la pose d'implanon en consultation post-natale et pour 4,7% l'implanon a été posé à la maternité. Le DIU et le préservatif représentent chacun 0,6% des contraceptions prescrites. En 1998, il n'est pas fait mention de la contraception prescrite en post-partum et il n'a pas été retrouvé dans les résultats préliminaires de l'étude alors que la contraception est une mesure phare du rapport.

➤ Hébergement après l'accouchement

Figure 26 - Type d'hébergement des adolescentes après l'accouchement.



33 dossiers ne contiennent pas l'information sur l'hébergement à la sortie de la maternité soit 19,8%.

Parmi les 134 dossiers médicaux pour lesquels l'information est présente, 44% des adolescentes retournent chez leurs parents alors qu'elles n'étaient que 41% pendant la grossesse mais cette comparaison doit être faite avec prudence puisqu'un même dossier ne comporte pas forcément les informations sur l'hébergement pendant la grossesse et après l'accouchement.

A la sortie de la maternité, les jeunes femmes sont un peu plus nombreuses à vivre avec leur compagnon (12,7% contre 11,5% avant l'accouchement). Elles étaient 22,3% à vivre chez des proches ou dans leur belle famille et elles ne sont plus que 19,3% à la sortie de la maternité. Le nombre de femmes vivant en foyer maternel est de 6% (vs 4,3% pendant la grossesse) et 7,5% sont en attente d'hébergement. Pour ces adolescentes, nous n'avons pas retrouvé l'hébergement finalement trouvé par l'assistante sociale n'ayant pas eu accès aux données sociales. En 1998, il n'est pas fait mention du type d'hébergement à la sortie de la maternité et il n'a pas été retrouvé dans les résultats préliminaires de l'étude.

3. Discussion des résultats

3.1. Discussion méthodologique

➤ Les limites de l'étude

- Le caractère monocentrique de l'étude ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population d'adolescentes devenant mères.

➤ Les biais de l'étude :

Une autre limite de notre étude est la présence de biais qui rendent les résultats difficilement extrapolables. Les différents biais comprennent :

- Le caractère rétrospectif de l'étude qui entraîne un manque d'informations concernant certains items que l'on retrouve dans nos figures et tableaux (renseignement sur le père, désir de grossesse, logement de l'adolescente, ressources des parents de l'adolescente, couverture sociale, établissement du lien mère enfant).
- L'absence de comparaison avec 1998 pour certains items du fait de leur absence dans le rapport de 1998 qui ne permet pas d'évaluer leur évolution et l'impact du rapport.
- L'absence de grande prématurité du fait de la maternité de type II b qui ne prend pas en charge les nouveau-nés avant 32 SA.

3.2. Discussion des résultats de l'étude

3.2.1. Une stabilité des caractéristiques sociales, familiales et relatives à l'accouchement.

Notre première hypothèse est que les adolescentes présentent des caractéristiques sociales, familiales et obstétricales à l'accouchement qui sont propres à leur tranche d'âge n'ont pas évolué depuis 1998.

➤ **Caractéristiques sociales**

▪ Une stagnation des naissances chez les adolescentes depuis 1998

Le pourcentage de naissances chez l'adolescente est resté à peu près stable depuis 1998 passant de 1,8% à 2% dans notre étude. En 2003, l'étude réalisée par le Pr M. Uzan confirme cette stabilité car le pourcentage est de 2,3% [17]. Ce pourcentage est deux fois et demie supérieur à celui de la moyenne nationale qui est de 0,8% en 1997 [29] et de 0,6% en 2008 [14]. Il nous semble pertinent de confronter ces résultats aux progrès sur l'information à la contraception et à l'évolution de l'IVG chez les mineures.

Le rapport du Pr M. Uzan préconise en 1998 la mise en place d'une campagne d'informations concernant la contraception, non seulement au plan national mais aussi localement, en multipliant les sources et les modalités d'accès à l'information, en particulier en ce qui concerne la contraception d'urgence [5]. Deux événements se sont succédé à la suite du rapport. En 2000 une campagne de prévention des grossesses par la contraception avec pour slogan « *La contraception, à vous de choisir la vôtre* » a été réalisée au niveau national. Puis en 2001 [38] la loi du 4 juillet (annexe 1) a permis, entre autre, la délivrance gratuite de la contraception d'urgence pour les mineures et rendu possible la dérogation à l'autorisation parentale lors d'une demande l'IVG pour les adolescentes en situation de détresse, d'isolement ou en difficulté de dialogue avec leur famille. D'après le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), depuis 2002, il existe une progression significative du nombre des IVG chez les mineures dont le taux de recours à l'IVG est passé de 8,9 à 11,5 pour mille.

Même si le nombre d'IVG a augmenté chez les mineures au niveau national, le pourcentage de grossesses menées à terme n'a pas pour autant diminué dans notre maternité d'étude. Il a même plutôt un peu augmenté alors qu'il diminue légèrement au niveau national. Cette différence d'évolution peut s'expliquer par l'absence de financement pour la contraception d'urgence qui n'a pas été prévue par la loi. Le conseil général du département où se situe la maternité d'étude a arbitré des choix financiers en faveur des personnes âgées durant cette période au détriment des mineures, c'est lui qui était chargé de rémunérer les pharmaciens qui délivraient la contraception.

- Des grossesses « culturelles » qui expliquent la stabilité des naissances chez les adolescentes ?

Dans notre étude nous remarquons qu'il existe une stabilité pour les proportions des adolescentes d'origine française mais une différence significative est constatée en ce qui concerne l'augmentation des adolescentes originaires d'Afrique et la diminution des adolescentes faisant partie des « *gens du voyage* »³.

L'augmentation des adolescentes d'origine africaine (22% à 35%) peut s'expliquer par une augmentation de cette population dans le département de l'étude.

La population des gens du voyage est passée de 35% à 20%, l'hypothèse que l'on peut émettre serait le durcissement des lois concernant cette population et leur caractéristique nomade qui entraîne un changement de lieu d'habitation. Nous ne nous étendons pas à trouver une explication à ce phénomène car c'est un sujet qui dépasse largement le thème de notre mémoire. De plus la conduite d'études portant sur la mesure de la diversité des origines des personnes est officiellement interdite sauf autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) [3].

Depuis 1998, la moitié des grossesses menées à terme par les adolescentes sont des grossesses « culturelles »⁴. Dans de nombreuses sociétés dont sont issues les jeunes filles de l'émigration en France, la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée et, à la différence de notre société, il y a un lien étroit entre fécondité, sexualité et alliance sociale. Le plus souvent, procréer s'inscrit donc dans le maintien d'une identité collective avant d'être une initiative individuelle [8]. La proportion de ces grossesses est de 56,9% en 1998 et de 47,9% dans notre étude. Malgré la légère diminution, la différence n'est pas significative. Ces grossesses « culturelles », sont des grossesses qui seront, pour la plupart, difficilement prévenues par la contraception car la maternité précoce est ancrée dans la culture de la jeune femme. A cette culture se mêle aussi souvent la vulnérabilité d'une population qui se trouve dans la précarité et qui est soumise au risque de maltraitance. Dans l'étude de Corcoran et al (2000) [40] portant sur 105 adolescents (22 % de garçons et 78 % de filles de 11 à 22 ans) suivant un programme de prévention des grossesses aux Etats-Unis,

³ Les « *gens du voyage* » correspondent à une population ayant une culture et un mode de vie traditionnel, basés sur le nomadisme et vivent la plupart du temps en caravane.

⁴ Nous entendons par culturelles, les grossesses survenant chez les femmes migrantes (naissance hors de France) venant d'Afrique, de Turquie, d'Haïti, d'Europe de l'est et de la population des gens du voyage.

l'appartenance ethnique (en l'occurrence l'origine hispanique) est un facteur prédictif d'une grossesse à l'adolescence.

Faucher et al. (2002) [31] observent plusieurs différences dans le vécu de la grossesse et de la maternité en fonction de l'origine ethnique des mères adolescentes. Ils ont analysé rétrospectivement 62 dossiers d'accouchements de jeunes filles de 13 à 17 ans. La majorité des patientes sont âgées de 16 et 17 ans (92%) et 46,8% sont originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les adolescentes d'origine étrangère, 70% ne sont pas nées en France. Ce critère n'ayant pas été étudié en 1998, nous ne pouvons pas connaître l'évolution. Ce pourcentage regroupe une partie non négligeable de la population étudiée qui fait partie, pour la majorité des jeunes femmes à celles au faible niveau de scolarité, bénéficiant d'aides publiques pour vivre. Elles sont pour la plupart en situation de précarité. Leur minorité ajoute une difficulté à cette situation [41]. L'accès aux soins pour le suivi de leur grossesse est d'autant plus compliqué que la barrière de la langue est présente pour 29% des adolescentes (aucune maîtrise de la langue ou des notions). Nous pouvons rattacher ces difficultés à la notion d'isolement social cherchée à être évitée par les mesures mises en place par le plan de périnatalité 2005-2007.

➤ Une population d'adolescentes vulnérables sur le plan social

Pour mesurer le niveau de précarité chez les adolescentes qui accouchent, la situation professionnelle et la couverture sociale sont les seuls critères accessibles dans nos dossiers pour nous donner juste une idée de leurs difficultés sociales. L'étude des revenus des parents ou des jeunes femmes aurait été un indicateur supplémentaire intéressant.

Tout d'abord, notre étude montre une moyenne d'âge à 17 ans et 6 mois ce qui est stable depuis 1998 (17 ans), la population d'adolescente a toujours le même âge ce qui devrait correspondre à des adolescentes lycéennes ou en formations professionnelles.

Depuis 1998 la proportion d'adolescentes scolarisées est stable et représente moins de la moitié des jeunes femmes. Nous retrouvons un chiffre de 30% en 2010 et de 26% en 1998. Dans notre étude, 4% d'adolescentes exercent une profession et 65% est sans activité. La faible proportion d'adolescentes scolarisées montre que l'abandon de la scolarité est un facteur de risque de grossesse précoce. Ceci est en accord avec les données de la

littérature [42, 43] Où l'on retrouve un risque augmenté de devenir parents à l'adolescence lorsque l'enfant est en difficulté scolaire croissante ou lorsque l'adolescente quitte l'école précocement. D'après Wellings et al [43] 29% des femmes sexuellement actives qui ont quitté l'école à 16 ans sans qualification ont eu un enfant avant 18 ans.

De plus l'absence d'amélioration depuis 1998 montre l'échec ou la non application des propositions faites par le rapport de 1998 qui préconise la mise en œuvre de tous les moyens permettant d'éviter la déscolarisation avant et après l'accouchement. L'absence de scolarité ou d'activité professionnelle chez ces adolescentes n'est pas un critère prédictif positif des conditions de vie futures pour la jeune mère et l'enfant. Elle aggrave même la situation de précarité des jeunes mères. Cependant nous n'avons pas pu étudier la reprise ou non d'une scolarité ou d'une formation professionnelle des jeunes femmes après la sortie de la maternité. Nous ne pouvons donc pas totalement affirmer que ce critère social n'a pas évolué depuis 1998.

La scolarisation des adolescentes, leur activité professionnelle mais surtout la situation professionnelle de leurs parents sont en relation directe avec la couverture sociale qu'elles possèdent.

Dans notre étude, les données sociales ne sont pas complètes ce qui entraîne une difficulté pour conclure. Nous observons une augmentation significative des adolescentes assurées sociales. De plus, pour avoir une idée de la précarité nous avons détaillé la couverture sociale des adolescentes. Le détail montre une couverture sociale pour presque toutes les adolescentes grâce à la couverture maladie Universelle CMU, l'aide médicale d'état (AME) et la carte européenne d'assurance maladie, 5,3% d'adolescentes n'ont pas de couverture sociale. La loi créant la CMU, mise en place effective le 1er janvier 2000 (**loi du 27 juillet 1999**) a permis d'améliorer la couverture sociale. Il faut tout de même modérer nos propos en précisant que parmi les 74,3% adolescentes assurées sociale en 2010, seul 2,6% ont la sécurité sociale et la mutuelle, 23% ont la sécurité sociale et la CMU complémentaire (CMUC) et 47,8% n'ont pas de mutuelle. Ce qui montre encore une fois la précarité qui touche cette population.

Une explication concernant l'augmentation de la couverture sociale vient de la réforme de l'assurance maladie de 2004, qui a modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement. La grande majorité des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Ce mode de financement des hôpitaux, appelé tarification à

l'activité (T2A) s'appuie sur l'activité réalisée et détermine les ressources de l'hôpital. Contraint d'équilibrer son budget, l'hôpital pour recouvrer un maximum de créances, met tout en œuvre pour améliorer l'accès aux droits, facilité et simplifié par le plan de périnatalité 2005-2007 « *notamment en appliquant la notion de « soins urgents » aux grossesses des femmes étrangères résidant depuis moins de trois mois en France, afin d'en permettre la prise en charge financière.* » [41]. Ces mesures ayant toujours pour but d'améliorer l'accès aux soins.

➤ **Caractéristiques familiales**

▪ Une stabilité quant au statut matrimonial

Les adolescentes ont toujours le même statut matrimonial car il n'existe aucune différence significative entre 1998 et 2010. Plus de la moitié (63% en 2010) sont célibataires et notre étude peut apporter une information supplémentaire qui n'avait pas été évaluée en 1998 concernant l'hébergement. Parmi les adolescentes en couple 11,5% vivent exclusivement avec leur compagnon et 18,2% vivent dans la belle famille. Le logement des parents représente l'hébergement le plus fréquent pour l'adolescente. Les autres logements comprennent les hébergements par l'aide sociale à l'enfance (ASE), le SAMU social, les proches, les centres maternels et 3% sont sans logement. Le caractère célibataire et sans revenu demande donc une prise en charge sociale le plus tôt possible pendant la grossesse. Même si l'adolescente est en couple, dans trois quart des cas l'union sera rompue dans les 5 ans [44], d'où l'importance d'accompagner aussi ces jeunes femmes de la même manière.

▪ Un père plus présent

Les caractéristiques concernant les pères n'ont pas changé depuis 12 ans. Ils sont majeurs dans la majorité des cas avec un âge moyen de 22,5 ans (23 ans en 1998 et 22 ans en 2010), ils sont pour un peu plus de la moitié sans activité et pour 40% actifs professionnellement. L'absence d'évolution au niveau de l'âge des pères de 22,5 ans et la faible proportion de père sans activité renforce encore une fois les difficultés sociales que rencontrent les jeunes mères pour l'avenir de leur enfant. Par contre, les informations les concernant sont plus souvent notées dans les dossiers. Cette donnée laisse supposer une meilleure sensibilisation des professionnels de l'obstétrique à leur sujet et de l'investissement dans la grossesse de l'adolescente qui peut être important pour l'adolescente. C'est un des impacts positifs du rapport de 1998 sur leur prise en charge.

- L'accouchement des adolescentes

Au niveau obstétrical, les caractéristiques concernant le travail et l'accouchement n'ont pas évolué de façon significative depuis 1998 sauf pour la pratique de l'épisiotomie qui est passée de 62,7% à 30,2%. Cette diminution de l'épisiotomie est comparable aux données de la littérature [45] à la suite des recommandations de 2005 sur l'épisiotomie [46]. Le pourcentage de périnée intact a augmenté de façon significative en rapport avec ces pratiques. La mise en travail spontané a augmenté de façon non significative, passant de 65,6% à 74,0% dans notre étude alors que dans l'enquête périnatale la tendance était plutôt à la baisse. Cette diminution nationale est due à l'augmentation des césariennes avant travail qui est passée de 9,2% à 12,5% sachant que les césariennes pendant le travail sont restées stables. Dans notre étude l'inverse est observé montrant une stabilité des césariennes avant travail autour de 3,5% ce qui est faible par rapport à la population générale et au contraire une augmentation non significative des césariennes pendant le travail passant de 5,9% à 11,8%. Le mode d'accouchement par voie basse reste stable par ailleurs.

La durée du travail est de 6 heures environ pour les deux années ce qui est plutôt moindre par rapport à la durée moyenne des primipares de la population générale qui est de 7 à 10h [47].

L'analgésie péridurale est effectuée dans 82,9% des cas en 2010 et est stable depuis 1998 (84,3%). La prise en charge de la douleur est stable depuis 1998 contrairement aux données de l'enquête nationale périnatale de 2003 qui retrouve une augmentation du recours à la péridurale passant de 58,0% à 62,6% entre 1998 et 2003 [48]. Malgré l'absence d'augmentation de femmes ayant une péridurale dans notre étude, nous constatons que le pourcentage de péridurales est supérieur à celui de la population générale. Cette différence peut être due au protocole de la maternité.

Notre première hypothèse est partiellement validée. Même si la plupart des critères socio-économiques des adolescentes enceintes n'a pas évolué, l'origine ethnique des adolescentes n'est plus répartie de la même façon. Nous observons une plus grande proportion de jeunes femmes d'origine africaine. La stabilité des autres caractéristiques sociales est plus négative car elle met en évidence la difficulté sociale qui caractérise la

situation des adolescentes. Un suivi par l'assistante sociale le plus précoce possible est nécessaire.

Au niveau obstétrical, l'accouchement de l'adolescente possède toujours le même caractère physiologique et une évolution est à noter concernant la pratique de l'épisiotomie qui a suivi la diminution observée dans la population générale.

3.2.2. L'évolution des antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Notre deuxième hypothèse est que les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux correspondent à un meilleur accès à la contraception grâce aux améliorations effectuées à ce niveau depuis 1998.

➤ Les antécédents gynécologiques et obstétricaux

- Un suivi gynécologique antérieur à la grossesse rare chez les adolescentes.

Les antécédents gynécologiques n'ont pas été étudiés en 1998 mais dans notre étude en 2010 nous avons étudié les critères suivants : la situation contraceptive et gynécologique des adolescentes enceintes dans le but de confronter nos observations aux propositions faites en 1998. Nous observons, en 2010, au moins 55% des adolescentes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique. Celles-ci n'ont pas pu avoir de prescription de contraception ce qui correspond à la proportion de parturientes n'ayant jamais utilisé de contraception avant la grossesse soit 63%.

Parmi les adolescentes qui ont un moyen de contraception avant la grossesse, la majorité (67%) utilisent la pilule ce qui est un peu plus faible que les données de la littérature où l'on retrouve 83% d'utilisation de pilule chez les adolescente [18]. 27% utilisent le préservatif ce qui est très faible par rapport aux données de la littérature qui retrouvent 53% d'adolescentes ayant utilisé un préservatif durant leur dernier rapport [49]. Sachant que la fertilité des adolescentes est très élevée du fait de leur jeune âge, si la jeune femme choisit la pilule, le préservatif en double protection doit être préconisé ce d'autant plus qu'il permet de protéger des IST et inversement. En dehors de la pilule et du préservatif les autres méthodes sont très peu utilisées alors que certaines sont moins

contraignantes d'utilisation (implant, patch, anneau ou DIU après avoir évalué le risque d'exposition aux IST) [18].

- Une augmentation des antécédents d'IVG

Les antécédents de FCS n'ont pas évolué de manière significative mais nous avons été étonnés par l'augmentation significative, multipliée par 5 de la proportion des antécédents d'IVG. Cette augmentation importante des antécédents d'IVG dans notre étude est de 12% ce qui est en rapport avec l'évolution de la pratique de l'IVG chez les adolescents atteignant une augmentation de 13,5% pour Rossier C. entre 1997 et 2005 [50]. D'après le rapport de l'IGAS [35], depuis 2002, il existe une progression significative du nombre des IVG chez les mineures dont le taux de recours à l'IVG est passé de 8,9 à 11,5 pour mille.

Malgré cette augmentation d'IVG n'a pas eu d'influence positive sur notre étude car le nombre de naissances chez les adolescentes n'a pas diminué depuis 1998, l'âge moyen des adolescentes menant leur grossesse à terme n'a pas augmenté (17,5 ans) tout comme la proportion de primipares (88%).

➤ **La planification des grossesses**

- Des grossesses déclarées la plupart du temps comme non prévue

Nous pourrions penser que les grossesses menées à terme chez les adolescentes sont le plus souvent désirées puisque, malgré les dispositifs mis en place pour prévenir la grossesse, nous observons une absence de diminution des naissances chez les adolescentes. Dans notre étude nous avons étudié le contexte de la grossesse et la contraception utilisée avant la grossesse.

D'après nos résultats les grossesses inopinées sont plus importantes que le nombre de grossesses désirées (34% versus 22%). Une contraception est utilisée chez la moitié des adolescentes sachant que certaines ne l'utilisent pas de manière optimale. Ceci montre l'effort qu'il reste à faire sur la prévention des grossesses par la contraception tout en se rappelant que certaines grossesses ne sont pas le fruit du hasard comme le souligne Marcelli [30]. L'oubli de contraception peut être conscient sans qu'une grossesse n'ait été attendue par un couple. Les résultats des deux critères doivent être analysés avec prudence sachant que pour chacun deux, l'information n'était pas renseignée pour 45% des dossiers.

Notre deuxième hypothèse est infirmée puisque les antécédents d'IVG ont augmenté sans influence positive. Les adolescentes enceintes ne semblent pas être assez bien informées sur l'importance d'avoir un rendez-vous gynécologique avant le premier rapport ce qui entraîne un faible pourcentage d'adolescentes ayant déjà utilisés un moyen de contraception. Le problème du lieu d'information se pose lorsque l'on observe une faible proportion d'adolescentes scolarisées.

3.2.3. L'évolution du suivi de la grossesse chez l'adolescente depuis 1998

Notre troisième hypothèse est que le suivi des grossesses est plus précoce dans notre étude qu'en 1998.

➤ Le suivi de la grossesse

▪ La première consultation

Le rapport de 1998 préconise le développement de réseaux entre les structures pluridisciplinaires existantes (équipes de terrain, réseaux associatifs, services de PMI, services hospitalier et socio-éducatifs) pour permettre d'identifier les adolescentes enceintes le plus tôt possible et de les diriger vers une structure pour la prise en charge précoce de leur grossesse.

En effet en 1998 la majorité des adolescentes sont peu ou insuffisamment suivies selon les recommandations de la HAS [36]. En 1998, 40% des adolescentes enceintes sont suivies à la maternité à partir du 3^{ème} trimestre et 18,3% n'ont aucun suivi. Une évolution significative a eu lieu entre 1998 et 2010 montrant une augmentation de la première consultation au 2^{ème} trimestre qui est passée de 30,4% à 55,6%, une diminution de la première consultation au 3^{ème} trimestre (40,0% à 29,5%) ainsi qu'une diminution des grossesses non suivies passant de 16,6% à 8,3%.

Cette évolution montre une nette amélioration du suivi avant le 3^{ème} trimestre à la maternité. Le rapport de 1998 semble avoir eu un impact positif sur le suivi plus précoce à la maternité car il y a 18% de femmes en moins qui consultent seulement au 3^{ème} trimestre même s'il existe une baisse de 6% pour la première consultation au 1^{er} trimestre. Le fait de consulter avant le 3^{ème} trimestre dans la maternité d'accouchement permet d'avoir tous les éléments nécessaires pour prendre en charge de façon optimale la mère et le fœtus

lors de l'accouchement (situation sociale et familiale, antécédents médicaux et pathologies de la grossesse). Cependant le terme du premier contact à la maternité ne nous indique pas le terme de la première consultation de grossesse ni de la régularité du suivi antérieur s'il a été initié hors de la maternité.

Malheureusement ces critères n'ont pas été étudiés en 1998. Nous avons tout de même trouvé intéressant de connaître la présence d'un suivi avant la maternité pour évaluer de façon plus précise le suivi de la grossesse chez les adolescentes. Seuls 4,1% des dossiers ne possèdent pas cette information, nous pouvons donc exploiter les données. La moitié des adolescentes consultent pour la première fois au deuxième trimestre, 33,7% au 1^{er} trimestre et 15% au troisième trimestre ce qui reste une proportion non négligeable.

- Une déclaration de grossesse tardive

Le retard à la première consultation chez les adolescentes entraîne un faible pourcentage de déclaration de grossesse avant 15 SA de l'ordre de 32,5%.

53,8% effectuent leur déclaration après 15 SA et 11,2% ne déclarent pas leur grossesse avant l'accouchement. D'après la caisse nationale des allocations familiales [24], dans les années 2000, 12 % des grossesses précoces sont déclarées tardivement. Ce chiffre est très bas comparé à celui que nous retrouvons dans la maternité d'étude (65%), il peut être expliqué par l'importance de la population migrante et de la précarité dans laquelle se trouve la population de notre maternité d'étude. Ceci traduit ainsi l'aggravation de la précarité sociale pour la mère et une plus grande vulnérabilité sur le plan médical pour l'enfant.

Ces chiffres montrent l'effort qu'il reste à faire concernant l'information auprès des adolescentes sur l'importance de faire suivre leur grossesse le plus précocement possible et de l'intérêt de la déclaration de grossesse pour accéder aux aides financières disponibles pendant la grossesse.

En dehors de ce manque d'information, le facteur entraînant un suivi tardif est la découverte tardive de la grossesse par l'adolescente illustré par la fréquence des dénis de grossesses mais aussi par la peur de la réaction négative des parents et de l'entourage [51].

- Le lieu et le professionnel de la première consultation

Pour leur première consultation les adolescentes se rendent par ordre décroissant : en PMI où elles sont vues par une sage-femme ou un médecin, en ville où elles vont consulter un gynécologue ou un médecin généraliste et en maternité où la consultation est faite par une sage-femme ou un médecin. Dans une plus petite proportion nous retrouvons les urgences, une autre maternité que la maternité d'accouchement, le planning familial ou un autre pays. Les différents lieux de consultation confirment l'importance de développer des réseaux pour qu'une communication puisse être faite au mieux entre ces structures. Les deux lieux de consultations les plus utilisés par les adolescentes sont la PMI et les cabinets des médecins généralistes ou gynécologues. Ce sont donc dans ces lieux que le dépistage des problèmes sociaux, familiaux, obstétricaux doit être fait et que la prévention des complications est effectuée.

➤ **Après la première consultation**

- La qualité du suivi

En ce qui concerne le suivi de la grossesse à la maternité, le nombre moyen d'échographies est égal à 3 et est stable depuis 1998. Nous avons étudié des critères supplémentaires concernant le suivi qui n'avait pas été pris en compte en 1998. Le nombre moyen de consultations systématiques à la maternité se situe entre 3 et 5 pour la moitié des adolescentes et est inférieur à 3 pour 40% d'entre elles. Ce dernier chiffre montre un suivi trop tardif à la maternité d'accouchement sachant que 22,6% des patientes ne sont pas venues à un rendez-vous ou plus.

Par contre nous observons que la moitié des adolescentes ont consulté aux urgences deux fois ou plus. Le service des urgences prend une place importante pour les adolescentes et doit donc être l'occasion de refaire le point sur le suivi et la situation psycho-sociale car dans 22,6% des cas ces jeunes femmes ne respectent pas la régularité du suivi.

- La prise en charge multidisciplinaire

Durant la grossesse nous avons aussi essayé d'évaluer l'intervention des professionnels de santé auprès des adolescentes. Que ce soit une sage-femme ou un médecin, seul 45% des adolescentes sont suivies par le même professionnel au cours de la grossesse. Ce chiffre rejoint les propositions faites par le rapport de 1998 concernant la prise en charge

pluridisciplinaire car il est nécessaire qu'une personne la coordonne. Cette personne est le professionnel médical référent car son rôle est de dépister les problèmes médico-psychologiques et sociaux de la femme enceinte. Ce chiffre n'est pas très important mais encore une fois, l'absence de cet item dans le rapport de 1998 ne nous permet pas de juger de l'évolution. Cependant ce chiffre est biaisé par le fait qu'une partie des adolescentes commence son suivi dans le dernier trimestre de la grossesse et n'a parfois qu'une consultation systématique dans la maternité d'accouchement.

Notre troisième hypothèse est confirmée puisque nous observons plus de femmes consultant avant le 3^{ème} trimestre dans la maternité d'accouchement mais cette amélioration du suivi précoce n'est pas aussi satisfaisante qu'il y paraît car très peu d'adolescentes déclarent leur grossesse avant 15SA.

3.2.4. L'évolution des pathologies obstétricales et néonatales.

Notre 4^{ème} hypothèse est que le nombre de pathologies de la grossesse et le nombre de pathologies néonatales a diminué grâce au suivi plus précoce de la grossesse.

➤ Une diminution des pathologies de la grossesse depuis 1998 ?

Chez n'importe quelle femme, il est important de dépister les facteurs de risques obstétricaux. La prise de poids trop faible ou trop importante et l'anémie qui pourrait être évitée font partie des facteurs de risque.

▪ Des facteurs de risques en augmentation

L'IMC⁵ est la caractéristique la plus intéressante à étudier chez les adolescentes puisqu'elle est révélatrice de l'état nutritionnel et permet d'évaluer les risques liés à l'insuffisance pondérale ou au surpoids avant la grossesse. La corpulence normale se situe entre 18,5 et 24,9 ce qui montre que les adolescentes qui mènent leur grossesse à terme ne font pas partie d'une catégorie à risque accrue puisque leur IMC est resté stable depuis 1998 avec un IMC égal à 22.

⁵ L'unité de l'IMC correspond des kg/m² (soit le poids/taille²)

Grâce au détail de l'IMC dans notre étude nous remarquons qu'en dehors de la corpulence normale, 13,4% sont en insuffisance pondérale et 12,7% sont en surpoids voir dans l'obésité modérée (5%). La répartition de l'IMC et sa stabilité depuis 12 ans montre une plus grande tendance à l'insuffisance pondérale qu'à l'obésité ce qui ne correspond pas à la littérature qui montre que la prévalence de l'obésité augmente de plus en plus rapidement depuis plusieurs dizaines d'années dans de nombreux pays industrialisés [52].

La prise de poids a diminué de façon significative entre 1998 et 2010 passant de 12kg à 9,5kg sachant que l'IMC moyen de l'adolescente avant la grossesse est stable depuis 1998 à 22. La prise de poids est faible lorsque l'on sait que les adolescentes avec un IMC entre 19,8 et 26 doivent prendre entre 11,5 et 16kg et se situer plutôt dans la limite haute du fait de leur âge [53]. La diminution de la prise de poids dans notre étude, entre 1998 et 2010, est un facteur de risque de complication obstétricale et néonatal d'après l'étude menée à Dakar par Ndiaye et al sur les facteurs de risques maternels sur les petits poids de naissance [54].

La proportion d'adolescentes anémiées pendant et après la grossesse a significativement augmenté en 12 ans. Elle représente 40,8% avant l'accouchement et 68,6% après l'accouchement en 2010. Les situations à risque de carences préalables ou de carences nutritionnelles liées au faible niveau socio-économique et aux maladies endémiques peuvent être la cause des anémies par carence martiale [55]. Il est important de dépister l'anémie dans le 2^{ème} trimestre de la grossesse chez l'adolescente encore plus que chez la femme adulte et de lui donner les informations nutritionnelles en début de grossesse en la sensibilisant aux risques de l'anémie [57]. Nous n'avons pas pu évaluer la cause de l'augmentation de l'anémie car la supplémentation en fer n'a pas été étudiée en 1998.

Tout comme la faible prise de poids, l'anémie représente un facteur de risques médicaux chez les adolescentes qu'il faut dépister et supplémenter si besoin. Il faut surtout donner des conseils diététiques et nutritionnels car ces deux facteurs de risques augmentent la prématurité et le faible poids de naissance selon J. Riber [51].

La consommation de tabac pendant la grossesse reste stable. Elle est passée de 15% en 1998 à 17% 2010. Nous savons que cette consommation peut être difficile à évaluer car les conduites addictives ne sont pas toujours avouées par les femmes enceintes. La stagnation observée peut être due à une mauvaise évaluation des conduites addictives en début de grossesse lorsque la jeune femme consulte tôt ou peut aussi être due à la difficulté de sensibiliser les adolescentes sur les risques qu'entraîne une telle conduite.

- Des pathologies de la grossesse plus souvent dépistées

En ce qui concerne les pathologies totales, une augmentation significative est observée entre 1998 et 2010 faisant passer le nombre de pathologies obstétricales de 37% à 55% ce qui est confirmé par l'augmentation des hospitalisations pendant la grossesse qui sont passées de 20% à 43% en 12 ans.

Lorsque l'on compare une à une les pathologies, les différences ne sont pas significatives. Les pathologies les plus souvent retrouvées dans les deux années sont la MAP (14% à 10%), l'hypotrophie fœtale (8% à 11%) et les infections urinaires (5%). Le diabète gestationnel est retrouvé chez 5% des adolescentes en 2010 alors qu'il n'était que de 1% en 1998. Cette différence s'explique par les pratiques du service. En 1998 le dépistage se faisait sur signes d'appel alors qu'en 2010 il est devenu systématique.

- Des complications néonatales stables

Depuis 12 ans, les nouveaux nés des adolescentes ont les mêmes pathologies, aucune différence significative n'a été retrouvée mais nous observons tout de même une tendance à plus de complications du nouveau-né.

12,8% naissent prématurément en 2010 contre 10% en 1998, les poids de naissance inférieur à 2500g sont passés de 6,9% en 1998 à 10,7% en 2010, 19,5% sont hypotrophes en 2010 contre 15,7% en 1998, le pourcentage de macrosomes est passé de 5,9% en 1998 à 2,3% en 2010. Les transferts en médecine néonatales sont passés de 10,0% à 15,9% en 12 ans et ceux en réanimation de 1% à 2,4%.

Les nouveau-nés des adolescentes ont un poids de naissance moyen stable de l'ordre de 3110g.

Le suivi de la grossesse dans la maternité constaté plus précoce qu'en 1998 n'a pas eu d'action sur les pathologies et celles-ci ont même augmenté en nombre. Cette augmentation doit être modulée par le fait que nos données sont des données informatisées et que les codes utilisés sont à visée financière et non médicale. Ceux-ci ont également changé et ont été augmentés voire affinés entre 1998 et 2010 ce qui ne nous permet pas de savoir s'ils recouvrent exactement les mêmes pathologies observées ou si en 1998 toutes les pathologies étaient codées.

Notre 4^{ème} hypothèse est infirmée car il y a plus de pathologies liées à la grossesse après la publication du rapport qu'avant et les pathologies néonatales n'ont pas évolué.

3.2.5. L'accompagnement vers un meilleur avenir pour la mère et l'enfant.

Notre 5^{ème} hypothèse est que tout est mis en œuvre pour que les adolescentes ne se retrouvent pas en situation d'isolement et puissent bénéficier du meilleur avenir possible pour elle et leur enfant.

➤ Le suivi pluridisciplinaire.

La mise en œuvre de moyens pour aider les adolescentes après la sortie de la maternité résulte du travail pluridisciplinaire des différents professionnels que l'on trouve en maternité comme les assistantes sociales (AS) et les psychologues. Nous avons vu dans notre étude que les assistantes sociales étaient sollicitées dans 73,4% des cas et les psychologues dans 59%. Ce chiffre montre un besoin très important des femmes au niveau social. Cet entretien doit être proposé à toutes les jeunes femmes afin de leur expliquer leurs droits pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant même si certaines sont majeures à l'accouchement.

▪ Une solution d'hébergement à la sortie de la maternité

Le suivi par l'assistante sociale est en lien avec l'hébergement à la sortie de la maternité. Nous observons dans notre étude que 44% des adolescentes retournent chez leurs parents à la sortie de la maternité ce qui est légèrement plus élevé que pendant la grossesse. Les rapports avec les parents peuvent donc s'améliorer à la naissance de l'enfant et permettre à la jeune mère d'être prise en charge par eux avec son enfant. 12% vont aller vivre dans la belle-famille ce qui est moins élevé que pendant la grossesse (22%). Près de la moitié des adolescentes qui vivent dans la belle famille pendant la grossesse n'y retournent pas après l'accouchement.

Si leurs propres parents ne peuvent pas les accueillir, la démarche de recherche de logement est faite avec l'aide de l'AS. Après la grossesse 12,7% des jeunes mères vont vivre exclusivement avec leur compagnon contre 11,5% avant la grossesse. Les centres maternels représentent 4,3% des hébergements pendant la grossesse et 6,0% à la sortie de

la maternité ce qui est faible sachant que d'après les informations notées par l'AS dans les dossiers 7,5% des jeunes mères restent hospitalisées plus longtemps en maternité car elles sont en attente d'une solution d'hébergement difficile à trouver ; la solution finale pouvant être l'ASE ou le SAMU social. Le rapport de 1998 préconise une augmentation du quota de place dans les maisons maternelles pour les adolescentes sachant qu'à ce moment-là les maisons maternelles étaient en nombre insuffisant, il n'en existait qu'une par département [5]. Aujourd'hui il est difficile d'estimer l'augmentation du nombre de structures car les seuls rapports sur le sujet ne nous informent pas sur le nombre de maisons maternelles en France. D'après notre étude seulement 6% des adolescentes bénéficient de cet hébergement alors que certaines sont en attente de logement. Est-ce par refus de la patiente ou par manque de places et de structures ?

- Un accompagnement à l'allaitement

L'allaitement maternel a augmenté entre 1998 et 2010 passant de 34,3% à 65,7%. Ce phénomène montre un meilleur accompagnement de ces femmes à l'allaitement maternel ce qui participe à la mise en place du lien mère enfant et soulage la mère de la charge financière que représente l'achat du lait pour une certaine période.

- La prescription automatique de contraception avant la sortie de la maternité.

L'information et la prescription de contraception sont réalisées par le professionnel médical afin de contribuer à retarder les futures grossesses. Il a été montré que 35% des femmes qui accouchent auront une deuxième grossesse au cours des deux années suivant la première [58]. La contraception est un élément important à prendre en compte pour l'avenir de la jeune femme car une nouvelle grossesse aggraverait les difficultés sociales auxquelles fait déjà face la jeune mère. Nous avons décidé d'étudier ce critère qui n'était pas présent dans le rapport de 1998.

- Le choix difficile d'une contraception efficace en post partum

Seul 4% des adolescentes ont choisi l'implant contraceptif avant la sortie de la maternité et 11,2% ont le désir de le faire poser plus tard. Moins de 1% des femmes sortent de la maternité avec un dispositif intra-utérin (DIU) ce qui correspond à la fréquence retrouvée dans la population générale. 65% des adolescentes sont sorties de la maternité avec une pilule micro-progestative ce qui correspond au pourcentage des jeunes mères qui allaitent.

Pour la majorité d'entre elles cette pilule était Microval® car elle est remboursée. Malheureusement cette pilule est très contraignante à prendre puisqu'elle possède un délai d'oubli de 3h et nous avons constaté que celles qui utilisaient la pilule avant la grossesse n'étaient pas très observantes puisqu'elles ont accouché. La prescription de cette méthode contraceptive en si grande proportion ne semble pas adaptée à la population d'adolescentes ayant menées une grossesse à terme.

Nous ne pouvons pas mettre en rapport la prise de contraception et la précocité d'une deuxième grossesse car nous ne possédons pas cette dernière information. Nous pouvons simplement émettre l'hypothèse qu'elles seront plus nombreuses à avoir une grossesse que celles qui ont une contraception plus facile d'utilisation et plus sûre comme l'implant ou le DIU. D'après une étude [59] effectuée aux Etats-Unis auprès de jeunes mères ayant eu des grossesses répétées, la prévention efficace de la répétition d'une grossesse rapprochée serait de prendre en compte la nature de l'activité sexuelle de l'adolescente qui est souvent spontanée et imprévue et de prescrire une contraception en fonction du profil et des projets de la jeune mère.

Un réel entretien de contraception doit donc être effectué avant la sortie de la maternité, ce qui demande du temps. De plus au Brésil, une étude [60] a montré la diminution significative de la répétition de la grossesse lorsque l'adolescente avait reçu un suivi prénatal multidisciplinaire ainsi qu'un suivi postnatal médico-socio-psychologique du lien mère-enfant. Les jeunes femmes ayant bénéficié du suivi spécifique ont repris plus souvent leur scolarité que les femmes n'ayant pas bénéficié de suivi spécifique.

Notre 5^{ème} hypothèse est confirmée puisque la majorité des femmes sont prises en charges par l'assistance sociale, soutenues par le professionnel de santé pour l'allaitement et la relation-mère enfant et reparte avec au moins une prescription de contraception.

3.3. Propositions.

En partant des propositions faites dans le rapport effectué par le Pr M. Uzan, et d'après nos résultats, nous pouvons émettre plusieurs propositions concernant le suivi des grossesses des adolescentes.

3.3.1. Un outil de communication entre les différents professionnels de santé

Il avait été proposé le développement de réseaux entre les différentes structures pouvant accueillir les adolescentes enceintes. Ces structures sont retrouvées dans notre étude (PMI, médecins généralistes, gynécologues de ville et maternité...), il nous semble important de continuer à développer les réseaux rassemblant ces lieux de la première consultation pour prendre en charge au plus tôt les grossesses des adolescentes.

Les réseaux permettent d'adresser les jeunes femmes à des structures spécifiques qui offrent une prise en charge pluridisciplinaire.

Cette prise en charge multidisciplinaire comprend des médecins, des sages-femmes, des psychologues, des assistantes sociales, des diététiciennes, des éducateurs etc.

Notre proposition concerne l'utilisation d'un outil commun à tous les professionnels intervenants auprès de l'adolescente pendant sa grossesse. Pour reprendre le point 1.4.2 du plan de périnatalité 2005-2007, cet outil serait le **carnet de santé de maternité** qui est donné gratuitement à chaque femme enceinte lors du 1^{er} examen prénatal. Ce carnet aurait pour but de partager les informations nécessaires aux différents professionnels impliqués dans le réseau de périnatalité et d'améliorer la cohérence du suivi.

3.3.2. La place de la sage-femme au sein du suivi de la grossesse de l'adolescente.

La sage-femme, qu'elle travaille à l'hôpital, en cabinet libéral ou en PMI trouve une place centrale dans le suivi de la grossesse de l'adolescente. Tout comme le médecin, elle est tout à fait apte à suivre la grossesse après avoir évalué les risques de complications de la grossesse par des pathologies préexistantes ou liées à la grossesse. En plus de sa formation

médicale elle possède une formation initiale en psychologie qui lui permet dans le cas des adolescentes d'être sensibilisée aux difficultés psychologiques de la future jeune mère quant à l'établissement de la parentalité et du lien mère enfant.

L'adolescente a besoin de pouvoir s'appuyer sur un **professionnel référent** qui devra instaurer un climat de confiance. La sage-femme a donc sa place en tant que professionnel référent du suivi de la grossesse de l'adolescente pour coordonner l'intervention des différents professionnels dont la jeune femme a besoin.

La sage-femme est aussi le professionnel qui effectue l'entretien de contraception en post partum. C'est un moment important pour l'information et le choix d'une contraception adaptée à l'adolescente et efficace. La plupart des adolescentes n'a pas utilisé de moyen de contraception avant la grossesse ou les a mal utilisés.

Ce constat nous permet de revenir sur la prévention des grossesses dans les établissements scolaires mais aussi dans les milieux défavorisés où les adolescentes sont plus souvent déscolarisées.

3.3.3. Quel avenir de l'adolescente après sa sortie de la maternité ?

Notre dernière proposition serait d'effectuer une étude par des entretiens chez des femmes ayant menées une grossesse à terme pour évaluer, quelques années après la naissance de leur enfant, leur situation.

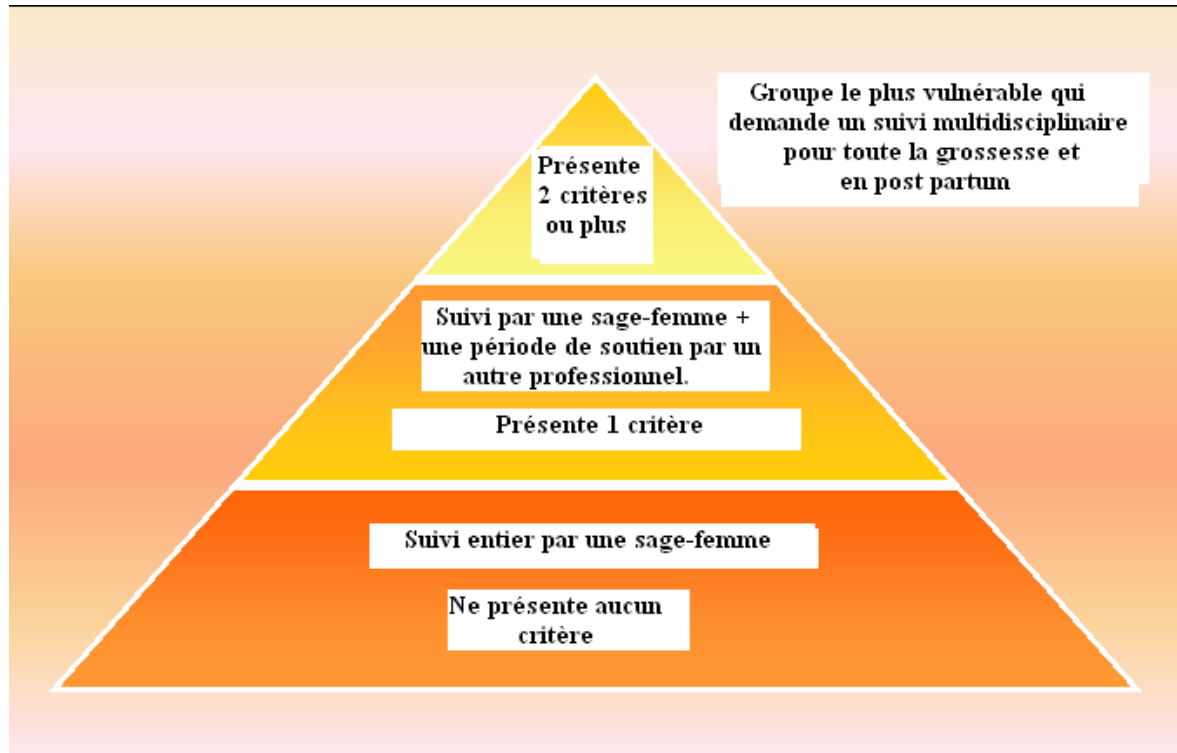
Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la prise en charge médico-psycho-social, effectuée à la maternité et poursuivie dans le post partum, sur le devenir des mères adolescentes et de leur enfant.

3.3.4. Proposition pour une prise en charge spécifique de l'adolescente menant une grossesse à terme.

Sur le modèle du « *triangle du suivi spécialisé des grossesse des adolescentes* » effectué au Royaume-Uni par le réseau national de sages-femmes pour la grossesse des adolescentes (National Teenage Pregnancy Midwifery Network [61]), nous proposons une prise en charge

du suivi de la grossesse selon les facteurs de risques sociaux. La prise en charge selon les situations à risques médicaux suit, quant à elle, les recommandations professionnelles établies par la HAS en 2007 [36].

Figure 27 - Triangle décisionnel de suivi spécialisé.



Critères de prises en charge spécifiques

- ✓ Enfants à charge et suivi irrégulier.
- ✓ Rencontre des difficultés particulières.
- ✓ Déscolarisée ou désintérêt des études.
- ✓ Age de la conception inférieur à 16 ans.
- ✓ Antécédents de problèmes psychologiques : atteinte du corps, anorexie, consommation abusive de drogue ou d'alcool.
- ✓ Absence de suivi prénatal ou suivi tardif.
- ✓ Problèmes sociaux : les jeunes femmes sans logement, les jeunes femmes vivant dans des endroits défavorisés, les jeunes délinquantes.
- ✓ Adolescente enceinte ou future enfant confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE)
- ✓ Deuxième grossesse
- ✓ Contexte de violences familiales ou extra-familiales.

Conclusion

La maternité à l'adolescence est un facteur de risque pour la HAS puisqu'elle fait parties des extrêmes de l'âge. L'avis d'un gynécologue-obstétricien et ou d'un spécialiste est conseillé mais elles peuvent être suivies dans une unité d'obstétrique quelle qu'elle soit [annexe 5].

Le risque de la maternité est autant médical que social et psychologique. C'est une population vulnérable la plupart du temps, c'est pour cela que la **prévention des grossesses** chez les mineures est un point essentiel **des politiques de santé publique**.

Notre étude s'est proposé d'étudier l'impact du rapport publié par le Pr M. Uzan en 1998. Une comparaison des caractéristiques de la grossesse de l'adolescente a été effectuée entre l'étude du rapport de 1998 et notre étude de 2010 pour mettre en évidence une évolution plus ou moins positive en regard des propositions faites par le rapport.

Nos résultats montrent une stagnation des caractéristiques sociales. La proportion des naissances chez les adolescentes étudiées est stable, ce sont des femmes migrantes pour la moitié d'entre elles, elles sont célibataires et ne sont plus scolarisées la plupart du temps. Pour beaucoup, les conditions-sociales défavorables associées à la grossesse tendent à les entrainer dans une situation de précarité si elle n'est pas déjà présente.

Les caractéristiques obstétricales lors de l'accouchement sont stables sauf pour la pratique de l'épisiotomie qui a diminué de façon significative en accord avec les données de la littérature. Ce point est positif car l'accouchement de l'adolescente tend vers la physiologie plutôt que la pathologie sachant que nous n'avons que des jeunes femmes de 15 ans et plus.

Une évolution significative a été mise en évidence concernant les antécédents d'IVG qui ont augmentée en rapport avec l'augmentation constaté en général chez les mineurs. Cette augmentation n'est pas positive puisqu'elle ne permet pas de réduire les naissances chez ces jeunes femmes. L'absence de l'impact du rapport au niveau de la prévention de ces grossesses est renforcé par le constat, dans notre étude, d'un suivi gynécologique antérieur à la grossesse très faible tout comme l'utilisation de contraception avant la grossesse.

Le suivi de la grossesse connaît lui aussi une évolution significative avec une augmentation du suivi à la maternité à partir du 2^{ème} plutôt que du 3^{ème} trimestre. Cette évolution peut être considérée comme un impact positif du rapport de 1998 mais il est à nuancer par le fait que seules 32,5% des adolescentes déclarent leur grossesse avant 15 SA.

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, le nombre de pathologies totales de la grossesse a augmenté et cela de manière significative concernant l'anémie avant et après l'accouchement. Une diminution de la prise de poids atteignant 9,5kg pour un IMC moyen de 22kg/m² a aussi été constatée. Les autres pathologies spécifiques à la grossesse n'ont pas évolué de façon significative. L'état néonatal est stable avec une tendance vers l'augmentation des pathologies (prématurité, hypotrophie, petit poids de naissance). Malgré les recommandations du rapport de 1998 concernant un meilleur suivi pour une amélioration de la santé maternelle et néonatale, nous n'avons pas pu constater ses effets dans notre étude.

Enfin, l'étude des critères des suites de couches montre, quant à elle, un impact positif des propositions du rapport. On observe une augmentation significative de l'allaitement maternel qui traduit un meilleur accompagnement de la relation mère-enfant. La prise en charge sociale permet la recherche de solutions d'hébergements. La prise en charge médicale permet la prescription de contraception qui doit être adapté le mieux possible à l'adolescente pour retarder les grossesses futures.

Il faut modérer nos conclusions en tenant compte des informations manquantes dans les dossiers de notre étude et l'absence de comparaison avec le rapport de 1998 pour certains critères.

Malgré l'impact positif de certains critères, les **maternités à l'adolescence** dans notre population d'étude sont toujours à **risque social et médical** pour certains critères. Le suivi est encore insuffisant puisque les pathologies pendant la grossesse ont toujours autant, si ce n'est plus, de conséquences négatives sur le nouveau-né. Ceci nous pousse à préconiser le développement de réseaux entre les structures de soins et associatives pour permettre aux adolescentes un accès plus facile à une aide médicale sociale et psychologique dès la découverte de leur grossesse. Le carnet de santé de maternité pourra être un outil utile pour le partage des informations concernant la future jeune mère entre les différents professionnels qui interviendront auprès de la jeune femme.

La sage-femme possède une place centrale quant à la coordination du suivi de la grossesse de l'adolescente grâce à sa formation médicale en obstétrique et gynécologie, en orthogénie et en psychologie.

La prévention des grossesses chez ces adolescentes est perfectible. Il ne faut pas mettre de côté les interventions concernant l'information à la sexualité, à la contraception et aux conséquences de l'arrivée d'un enfant. Cette prévention doit être accentuée dans les écoles, collèges et lycées mais aussi dans milieux défavorisés pour atteindre les adolescentes déscolarisées qui sont beaucoup plus à risque de grossesse précoce.

Bibliographie

1. Alvin P, Marcelli D. L'adolescence, les adolescents. In : Médecine de l'adolescent. 2ème éd. Paris: Masson ; 2000-2005. 447 p.
2. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 7ème éd. Paris : Elsevier Masson ; 2006. 689 p.
3. Hautefeuille M. Adolescence et identité. Journée SERT. Paris : 2006. Disponible sur : < <http://www.hopital-marmottan.fr/spip/spip.php?article35> > (consulté le 4 janvier 2011).
4. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. Journal français de psychiatrie. 2001 ; 14 : 6-8.
5. Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : 1998. Disponible sur: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001918/index.shtml>> (consulté le 9/12/2009).
6. Thierce A. Histoire de l'adolescence (1850-1914). Paris : Belin ; 1999. 334 p.
7. Marty F. L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. L'évolution psychiatrique. 2006 ; 71 (2) : 247-258.
8. Chapelier J-B. Grossesse et adolescence : approche ethnopsychiatrique. In : Marcelli D. et Alvin A. Grossesse et adolescence, 2ème journée de médecine et santé de l'adolescence, Poitiers, 2000. Poitier : Association F.I.R.E.A. ; 2000. 118 p.
9. Bursztejn C. Puberté normale et pathologique : développement psychologique à l'adolescence, module 3 b- maturation et vulnérabilité. Strasbourg : faculté de médecine ; 2006-2007. 87 p.
10. Inhelder B, Piaget J. De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent : essai sur la construction des structures opératoires formelles. Paris : Presses universitaires de France ; 1970. 314 p.

11. Dolto C, Dolto F, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Paris : Gallimard jeunesse ; 1999. 157 p.
12. Duclos K. Adolescente à risque de grossesse précoce : collaboration, repérage, remède miracle ? Travail de fin d'études du diplôme d'Etat infirmier, IFSI les Peupliers, Croix Rouge Française ; 2006. 43 p.
13. Spira A, Bajos N. Les comportements sexuels en France : Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace. Paris : La documentation française ; 1993.
14. Bonierbale-Branchereau M. Les premiers rapports. In : L'Adolescence. Mises à jour en Gynécologie Médicale. Paris : Vigot ; 2003. p. 5-19.
15. Godeau E, Vignes C, Duclos M. et al. Factors associated with early sexual initiation : French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008 ; 36 (2) : 176-182.
16. Zufferey M, Schmidt N. L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une interruption de grossesse. Médecine et hygiène. 1992 ; 50 : 1277-1284.
17. Uzan M, Pharisien I, Seince N. La grossesse et l'accouchement des adolescentes. Paris : EMC (Elsevier Masson) gynécologie/obstétrique ; 2008. 6 p.
18. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007; 35(10) : 952-967.
19. Durand S, Bajos N. Comportements Sexuels et reproductifs des adolescents : comparaison entre pays développés : étude pour la France. New York : The alan guttmacher institute : occasional Report N° 9 ; 2001. 52 p.
20. Beck F, Guilbert P, Gautier A, Baromètre santé 2005 : attitude et comportement de santé. INPES. Saint Denis ; 2006. 54 p.
21. Deschamps JP, Grossesse et maternité chez l'adolescente, Paris : Editions du Centurion ; 1976. 239 p.

22. Pinson G, INED. France 2009 : l'âge moyen de la première maternité atteint 30 ans. Bulletin mensuel de l'institut national d'études démographiques (INED).population et société. 2010 ; 465 : 4 p.

23. Daguerre A, Nativel C. Voyage au pays des maternités précoces. Paris : Le Monde Diplomatique ; 2003. 12 p.

24. Daguerre A, Nativel C. les maternités précoces au sein des pays de l'OCDE. L'e-ssentiel : publication électronique de la Caisse nationale des allocations familiales. 2004 ; 22 : 4 p.
 Disponible sur : < [http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/3bdecdd0171d6c59ac125763b00309df8/\\$FILE/22%20%20ESSENTIEL%20maternit%C3%A9s%20pr%C3%A9coces.pdf](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/3bdecdd0171d6c59ac125763b00309df8/$FILE/22%20%20ESSENTIEL%20maternit%C3%A9s%20pr%C3%A9coces.pdf) > (consulté le 15 septembre 2010).

25. Toulemon L, Leridon H. Les pratiques contraceptives en France : avortement et contraception. Paris : Centre de documentation du MFPF; 1999. p. 39-44.

26. Rey A-M. Grossesses à l'âge adolescent en Suisse : pas d'augmentation. Comparaison internationale. Disponible sur : < <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm> > (consulté le 5 octobre 2010).

27. Ros C. Sexualité grossesse et IVG, données épidémiologiques. In : Marcelli D. et Alvin A, Grossesse et adolescence, 2^{ème} journée de médecine et santé de l'adolescence. Poitiers, 2000. Poitier : Association F.I.R.E.A. ; 2000. p. 22-31.

28. Barrot D. Les grossesses chez les adolescents: données actuelles, approche comparative dans le Kent et dans la Somme. Conseil général de la Somme. 20. 10p. Disponible sur : < http://ireps-picardie.fr/Grossesses-ados/Telechargement/D_Barot2004.pdf > (consulté le 25 mai 2010).

29. Berrewaerts J, Noirhomm-Renard F. les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? Belgique : Unité d'éducation pour la santé (UCL-RESO) ; 2006. 38 p.

30. Marcelli D. Adolescence, grossesse et sexualité : une douloureuse conjonction. In : Marcelli D. et Alvin A. Grossesse et adolescence, 2^{ème} journée de médecine et santé de l'adolescence. Poitier : Association F.I.R.E.A. ; 2000. p. 37-45.
31. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence: analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. Gynécologie obstétrique & fertilité. 2002 ; 30 (12) : 944-952.
32. Mignot C. La grossesse chez l'adolescente. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1999 ; 12(6) : 353-358.
33. O.M.S. Learning to be parents an annotated bibliography of programmes for young people. Genève : 1988.
34. Hoffman S.D. Teenage chilbearing is not so bad after all...or is it ? A review of the new littérature. Fam Plann Perspect. 1998 ; 30 : 236-243.
35. Aubin C, Jourdain Menninger D, Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.
36. Haute autorité de santé (HAS). Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
37. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), HAS, services de références médicales. Lecture critique de l'hémogramme : valeurs seuils à reconnaître comme probablement pathologiques et principales variations non pathologiques. 1997.
38. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
39. Décision n° 2007-557 DC, 15 novembre 2007 concernant la loi n° 2007-1631 du 20 novembre 2007 relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile.
40. Corcoran, J., Franklin, C. & Bennett, P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. Social Work Research. 2000 ; 24 (1) : 29-39.

41. Plan de périnatalité 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité ; 2004. 42 p.
42. Horgan RP, Kenny LC. Review management of teenage pregnancy. United Kingdom. 2007 ; 9 : 153-158.
43. Wellings K, Nanchahal K, et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. Lancet. 2001; 358 : 1843-50.
44. Marcault G, Pierre F. Grossesse chez l'adolescente. Grossesse et adolescence, 2ème journée de médecine et santé de l'adolescent. Poitiers : Association F.I.R.E.A. ; 2000. p. 57-63.
45. Eckman A, Ramanah R, Gannard E. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010 ; 39 (1) : 37-42.
46. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (GNGOF) Recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie. 2005.
47. Merger R, Lévy J, Melchior J. précis d'obstétrique, 6^{ème} éd. Paris : Masson ; 2001.
48. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Publié en 2005. 39 p.
49. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Paris : Haut conseil de la population et de la famille ; 2006. 26 p.
50. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse entre 1990 à 2005. Population-F. 2009 ; 64 (3) : 465-530.
51. Le Van C. Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. L'Hamartan ; 1998. 204 p.

52. Kechid G, Goeb J.-L, Lemaître V et al. Obésité infantile : aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques. Paris : EMC Elsevier Masson. Psychiatrie/pédopsychiatrie. 2010 ; 37-201-A-25.
53. Institute Of Medecine. Comittee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation ? Nutrition during pregnancy. Part I, weight gain. National Academy Press ; 1990.
54. Ndiayel O, Diallo D, Gyèye Bâ M. et al. Facteurs de risques maternels et petit poids du nouveau-né chez des adolescentes sénégalaises : l'exemple d'un centre hospitalier de Dakar. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. 2001 ; 11(4) : 241-4.
55. Milman N. Prepartum anaemia: prevention and treatment. Ann Hematol. 2008 ; 87 : 949-959.
56. World Health Organization/United Nations University/UNICEF Iron deficiency anemia, assessment prevention and control: a guide for program managers Geneva: WHO ; 2001. 132 p.
57. Beucher G, Grossetti E, Simonet T. Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; 2011.
58. East PL, Felice ME. Adolescent Pregnancy and Parenting: Findings from a Racially Diverse Sample. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates ; 1996. p. 29-39.
59. Herrman JW. Repeat pregnancy in adolescence: intentions and decision making. MCN Am J Matern Child Nurs. 2007 ; 32(2): 89-94.
60. Melhado A, Carvalho Sant'Anna M-J, Coates V. pregnancy recurrence during adolescence after multiprofessional prenatal care and postpartum motherchild follow-up. Brazil : Pediatrics Department, F.C.M.S.C.S.P.; 2006.
61. <http://www.rcm.org.uk/college-archive/standards-and-practice/national-teenage-pregnancy-midwifery-network/>

Annexes

Annexe I : Résumé des lois relatives à la contraception et à l'IVG (IGAS 2009).

Les mesures prises depuis 2000 visent à améliorer le cadre d'exercice du droit des femmes à disposer de leur corps et à contrôler leur fécondité.

La loi du 13 décembre 2000 a permis la délivrance sans prescription des médicaments ayant pour but la **contraception d'urgence** qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle en autorise la délivrance, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

La loi du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, modernise les lois de 1967 et de 1975, en tenant compte des évolutions médicales et sociales. Elle inscrit le droit à l'IVG dans le Code de la santé publique, supprime le délit de propagande et de publicité et renforce les conditions d'application du délit d'entrave¹⁰. Elle facilite l'accès notamment des jeunes mineurs à la contraception et la contraception d'urgence et rend obligatoire une éducation à la sexualité à raison d'au moins trois heures annuelles par groupe d'âge homogène.

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique prolonge ce train de mesures en inscrivant le champ de la contraception et de l'IVG parmi les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés pour les 5 prochaines années. Elles font l'objet de l'objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, selon lequel il faut « *assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* »

Par ailleurs la même loi élargit les possibilités de prescription d'une contraception hormonale en l'ouvrant à un nouveau corps de métier : les sages-femmes, désormais habilitées à délivrer une telle prescription dans le cadre des suites de couches ou d'IVG.

Tableau 1 - Les principales modifications introduites par la loi du 4 juillet 2001

IVG	Prévention
Allongement des délais légaux, portés de 10 à 12 semaines de grossesse. renforcement du délit d'entrave	
Aménagement du parcours (suppression -pour les majeures - de l'obligation de la consultation psychosociale préalable, assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures).	Reconnaissance d'un droit d'accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale Délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures.
Obligation d'organiser l'activité dans les établissements de santé. Suppression du délit de propagande et de publicité, renforcement du délit d'entrave	Accès gratuit et anonyme aux mineurs à la contraception dans les centres de planning et d'éducation familiale (CPEF) Généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire Information sexuelle aux personnes handicapées
Ouverture à la médecine de ville (IVG médicamenteuse) puis aux centres de santé et CEPF	
Fin du quota maximum d'IVG dans les établissements de santé privés	Cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive

Annexe II : Facteurs d'inclusions et tableau de recueil de données

Facteurs d'inclusions : Il a été convenu de définir comme adolescentes les femmes enceintes ayant un âge inférieur à celui de la majorité (18 ans) au moment de la conception. Les patientes ayant accouché à domicile et s'étant rendues à la maternité juste après l'accouchement pour le post-partum ont été admises soit une patiente.

Tableau de recueil de données :

Items	Recueil
<u>Adolescente</u> N° Dossier :	Date d'accouchement :
Date de naissance Age à l'accouchement	
Origine géographique	
Date d'arrivée en France	Naissance sinon date:
Situation familiale	célibataire en couple mariée
Profession / scolarité	
Maîtrise du français	bonne notions non parlé
Logement	Parental du couple social sans autre:
Conduite addictive avant la grossesse	tabac alcool drogue
Conduite addictive pendant la grossesse	tabac alcool drogue
Couverture sociale	sécu mutuelle AME CMU
Poids/Taille/ IMC	
<u>Père</u>	
Connu de la femme / en contact	
Age	
Origine	
Profession	
Volonté de Reconnaître l'enfant	Oui non

<u>Antécédents gynécologiques</u>			
Contraception avant la grossesse	oui, laquelle:		non
ATCD notables/ IST			
Suivi gynéco antérieur	oui		non
FCV < 2 ans	oui		non
Gestité / Parité			
Grossesses antérieures	FCS	IVG	GEU Accouchement
<u>Grossesse</u>			
Déclaration de grossesse	< 15SA	>15SA	non déclarée
Suivi avant la maternité (lieu)			
Terme de la toute 1 ^{ère} consultation	1er T	2èmeT	3èmeT
Terme de la 1 ^{ère} consultation à JV	1er T	2èmeT	3èmeT
Prise de poids pendant la grossesse			
Nombre d'échographies:	T1	T2	T3 Autres:
Régularité du suivi (nombre de consultation)	Systématiques : Explorations fonctionnelles : Urgences : Non venue :		
Suivi par 1 professionnel unique	oui		non
Taux d'Hb avant l'accouchement			
Taux d'Hb après l'accouchement	>11g/dL		<11g/dL
Supplémentation en fer			
Pathologies pendant la grossesse	RCIU	MAP	DG HTA Autre:
Hospitalisations	oui :		non
Cs avec d'autres professionnels	psy	AS	médecin spé:

Annexe III : Tableau comparatif entre 1998 et 2010

Items	Rapport du Pr UZAN de 1998		Notre étude de 2010		p
	N = 102		N = 169		
	n	%	n	%	
Age moyen des adolescentes	17,0 +/- 1,0		17,5 +/- 0,8		NS
Naissance chez mères adolescentes	102/5494	1,85%	172/8485	2,00%	NS
Origine ethnique	n	%	n	%	p
Africaine	22	21,6%	60	35,5%	p < 0,01
Française	25	24,5%	44	26,0%	NS
Gens du voyage	36	35,3%	33	19,5%	p < 0,01
Autres	19	18,6%	32	18,9%	NS
Grossesses culturelles	58	56,9%	81	47,9%	NS
Assurées sociales	43/102	42,2%	83/113	73,4%	p < 0,01
Scolarisation	27	26,4%	51	30,2%	NS
Statut matrimonial	n	%	n	%	p
Célibataire	59	57,8%	106	62,7%	NS
En couple	43	42,2%	63	37,3%	
Père de l'enfant connu des célibataires	39	38,2%	88	52,0%	p < 0,05
Age du père	23.3 +/- 5,5		21,9 +/- 4,8		NS
Profession du père	n	%	%	n	p
Renseignements présents dans le dossier	54/102	52,9%	115/169	68,0%	P <0,01
Avec	24/54	44,4%	48/115	41,7%	NS
Sans	30/54	55,5%	67/115	58,3%	NS
IMC	22,1 +/- 3,9		22,1 +/- 3,6		NS
Prise de poids à l'admission	12,0 +/- 5,1		8,8 +/- 4,6		p < 0,01
Antécédents gynécologiques					
IVG	3	2,9%	22	13,0%	p < 0,01
FCS	3	2,9%	11	6,5%	NS
Primipare	89	87,3%	151	89,3%	NS
Suivi à la maternité	n	%	n	%	p
1er trimestre	13	12,7%	11	6,5%	p < 0,01
2ème trimestre	31	30,4%	94	55,6%	p < 0,01
3ème trimestre	41	40,3%	50	29,5%	p < 0,01
Aucun de suivi	17	16,6%	14	8,3%	p < 0,05

Nombre moyen d'échographies	2,9 +/- 1,6	3,0 +/- 1,5	NS
-----------------------------	-------------	-------------	----

Items	Rapport du Pr UZAN de 1998		Notre étude de 2010		p
	N = 102		N = 169		
	n	%	n	%	
Consommation de tabac	15	14,7%	29	17,2%	NS
Anémie					
Hb avant accouchement < 11g/dL	24	23,5	69	40,8	p < 0,01
Hb après accouchement < 11g/dL	55	53,9	116	68,6	p < 0,05
Hb moyenne avant l'accouchement	11.1 +/- 0,9		11,1 +/- 1,2		NS
Hb moyenne en post-partum	9.8 +/- 1,3		10,2 +/- 1,4		p < 0,05
Pathologies dépistée pendant la grossesse					
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	14	13,7%	17	10,0%	NS
Hypotrophie	8	7,8%	19	11,2%	NS
Diabète gestationnel sous régime	1	0,9%	9	5,3%	NS
Oligoamnios	1	0,9%	5	2,9%	NS
Hydramnios	1	0,9%	3	1,7%	NS
Siège	1	1,0%	4	2,3%	NS
Pré-éclampsie	3	5,3%	7	4,1%	NS
Infection urinaires / pyélonéphrites	5	4,9%	9	0,6%	NS
Rupture prématuré des membranes (RPM) < 37	2	1,9%	6	1,2%	NS
Pathologie hépatique	2	1,9%	4	2,3%	NS
Grossesse avec pathologies	38	36,8%	94	55,1%	p < 0,01
Grossesse sans pathologies	64	62,2%	75	44,9%	p < 0,01
Hospitalisation	20	19,6%	73	43,2%	p < 0,01
Admission					
Césarienne avant travail	4	3,9%	5	3,0%	NS
Déclenchement pour pathologie	18	17,6%	28	16,6%	NS
Programmation de convenance	5	4,9%	4	2,4%	NS
Travail dirigé précoce	8	7,8%	7	4,1%	NS
Travail spontané	67	65,6%	125	74,0%	NS
Durée du travail	6.7 +/- 3,1		6,1 +/- 2,6		NS
Apgar					
Apgar à 1 min	8.9 +/- 2,1		9,3 +/- 1,5		NS
Apgar à 5 min	9.7 +/- 1,2		9,8 +/- 0,5		NS
Mode d'accouchement					
Voie basse spontanée	73	71,6%	113	67,5%	NS
Voie basse instrumentale	23	22,5%	36	20,7%	NS
Césarienne	6	5,9%	20	11,9%	NS
Allaitement maternel	35	34,3%	111	65,7%	p < 0,01

Items	Rapport du Pr UZAN de 1998		Notre étude de 2010		p
	N = 102		N = 169		
	N	%	n	%	
Présentation					
Sommet	101	99,0%	162	95,9%	NS
Siège	1	1,0%	6	4,2%	NS
Anesthésie					
Aucune ou autres	12	11,8%	23	15,4%	NS
Générale	4	3,9%	2	1,2%	NS
Péridurale/ rachianesthésie	86	84,3%	140	82,8%	NS
Périnée					
Déchirure périnéale complète suturée	1	1,0%	1	0,6%	p < 0,01
Déchirure vagin ou périnée	16	15,7%	34	20,1%	p < 0,01
Episiotomie préventive suturée	64	62,7%	51	30,2%	p < 0,01
Périnée intact	21	20,6%	83	49,1%	p < 0,01
Nouveau-né					
10è p	15	14,7%	25	14,8%	NS
3è p	1	1,0%	8	4,7%	NS
Macrosomie	6	5,9%	8	4,7%	NS
Poids					
1500-1999	2	2,0%	4	2,4%	NS
2000-2499	5	4,9%	14	8,3%	NS
2500-2999	35	34,3%	43	25,4%	NS
3000-3499	40	39,2%	67	39,6%	NS
3500-3999	18	17,6%	34	20,1%	NS
4000-4499	2	2,0%	7	4,2%	NS
Poids moyen des nouveau-né	3092.2 +/- 474,2		3128g +/- 528g		NS
Prématurité	13	12,8%	17	10,0%	NS
Nombres de prématurés	13	10,7%	17	10,0%	NS
31 SA	1	1,0%	1	0,6%	NS
34 SA	1	1,0%	2	1,2%	NS
35 SA	4	3,9%	3	1,8%	NS
36 SA	8	6,9%	11	6,5%	NS
Transfert néonatal					
Transfert en médecine néonatale	10	10,0%	26	15,4%	NS
Non transféré	91	89,2%	139	82,2%	NS
Transfert en réanimation	1	1,0%	4	2,4%	NS

Annexe IV : Catégories d'IMC

Catégories d'IMC et niveaux de risque :

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de Santé Canada, les diverses catégories d'IMC sont associées aux niveaux de risque suivants : poids normal = moindre risque, poids insuffisant et excès de poids = risque accru, obésité classe I = risque élevé, obésité classe II = risque très élevé et obésité classe III = risque extrêmement élevé.

Catégories	d'IMC(fourchette en kg/m ²)	niveaux de risque
Poids insuffisant	(IMC inférieur à 18,5)	risque accru
Poids normal	(IMC compris entre 18,5 et 24,9)	moindre risque
Embonpoint	(IMC compris entre 25,0 et 29,9)	risque accru
Obésité classe I	(IMC compris entre 30,0 et 34,9)	risque élevé
Obésité classe II	(IMC compris entre 35,0 et 39,9)	risque très élevé
Obésité classe III	(IMC égal ou supérieur à 40,0)	risque extrêmement élevé

Source : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/abm-fra.htm>

Catégories d'IMC et gain pondéral recommandé pendant la grossesse :

Tableau II.

Recommandations relatives au gain pondéral durant la grossesse en fonction de l'indice de masse corporelle pré-gestationnel (IMC en kg/m²).

Catégorie d'IMC pré-gestationnel (kg/m ²)	Éventail de gain pondéral recommandé (kg) ^{ab}
IMC 19,8	12,5 à 18
IMC entre 19,8 et 26	11,5 à 16
IMC entre 26 et 29	7 à 11,5
IMC > 29	6-7

^a chez les adolescentes, les objectifs devraient se situer dans la partie haute de la fourchette. ^b chez les femmes de petite taille (< 1,57 m), les objectifs devraient se situer dans la partie basse de la fourchette.

Source: Institute Of Medicine. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation? Nutrition during pregnancy. Part I, weight gain. National Academy Press ; 1990.

Annexe V : HAS – Recommandations Professionnelles

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

OBJECTIF

Améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse et adapter le suivi en conséquence.

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES (ACCORD PROFESSIONNEL)

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptée au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9^e mois et/ou l'accouchement

4. Suivi de la grossesse

Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA. La réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA et prévoit 6 consultations (1 par mois) à compter du premier jour du 4^e mois de grossesse jusqu'à l'accouchement (décret n° 92-14⁶). Il n'existe pas d'évaluation médico-économique permettant de valider la révision du calendrier actuel des consultations, qui comporte 7 consultations (article L. 154 du Code de la santé publique). Deux possibilités peuvent être proposées:

- soit avancer la consultation du 4^e mois chez une femme ayant une grossesse à faible niveau de risque et maintenir le nombre total de consultations à 7 ;
- soit ajouter la consultation précoce (avant 10 SA) recommandée en maintenant une consultation mensuelle à compter du 4^e mois, soit un suivi en 8 consultations au total. Cette deuxième option est développée dans les recommandations suivantes.

Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^e mois »).

Les modalités de suivi des grossesses sans complications ou à faible niveau de risque recommandées ci-après pour la 1^{re} consultation, les consultations intermédiaires et la consultation du 9^e mois reprennent les recommandations professionnelles de la HAS « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » et les actualisent concernant :

- le suivi échographique⁷ ;
- l'incompatibilité fœto-maternelle⁸ ;
- le dépistage de la trisomie 21⁹.

Les actes de dépistage biologique prénatal obligatoires (toxoplasmose, rubéole, recherche d'agglutinines irrégulières) feront l'objet, de la part de la HAS, de recommandations en santé publique¹⁰.

Les présentes recommandations professionnelles devront être revues en fonction de ces futures recommandations et des évolutions réglementaires éventuelles.

⁶ Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal, paru au Journal officiel du 16 février 1992. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

⁷ Cf. rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

⁸ Cf. recommandations pour la pratique clinique « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

⁹ Cf. recommandations de santé publique « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

¹⁰ Thème inscrit au programme de travail 2007-2008 de la HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Résumé

La maternité adolescente est considérée en France à risque médical social et psychologique. Un rapport sorti en 1998 émet des propositions pour l'amélioration de la prise en charge de ces grossesses. Nous avons mené une étude rétrospective sur 169 dossiers dans la maternité où le rapport a été initié afin d'en évaluer l'impact 12 ans plus tard et d'en déduire une prise en charge adaptée. Les résultats ne montrent pas d'évolution concernant les caractéristiques sociales défavorables que présentent la majorité des adolescentes, reflet de leur vulnérabilité et d'une précarité qui s'installe. La précocité du suivi s'est améliorée, sans toutefois atteindre les recommandations de la HAS et sans avoir de conséquences positives, attendues, sur les pathologies de la grossesse ou néonatales. La comparaison entre le rapport et notre étude montre qu'il est important d'appréhender le suivi de ces jeunes femmes de façon individuelle en dépistant les facteurs de risques propres à leur groupe d'âge. Le suivi pluridisciplinaire pendant et après la grossesse associé à un outil de communication entre les professionnels semblent indispensables pour tendre vers une prise en charge globale efficace.

Mots-clés: grossesse à l'adolescence, suivi prénatal, communication interdisciplinaire

Abstract

Teenage motherhood is considered risky, in France on the medical, social and psychological aspects. In 1998, a report was released giving advice about how to improve the way these pregnancies should be managed. We conducted a retrospective study on 169 cases in the maternity ward where this report had been initiated in order to assess the impact 12 years later and deduct an appropriate care. The results don't show any change on the social environment in which these teenagers live, reflecting vulnerability and insecurity. Monitoring has been conducted earlier but hasn't reached the HAS recommendations and doesn't have the positive impact expected on the pregnancy or on neonatal pathologies. The comparison between the report and our study shows that it is important to consider individually these young women and to track risk factors specific to their age. A multidisciplinary follow-up during and after pregnancy as well as a communication tool between the different stakeholders seem essential in order to reach an efficient comprehensive care.

Keywords: pregnancy in adolescence, prenatal care, interdisciplinary communication